

Inge Jeandarme & Lena Boons

Patiënt of dader?

| OWL PRESS |

Een inleiding in de
forensische geestelijke
gezondheidszorg

1. Inhoudsopgave

VOORWOORD	11
DEEL I: PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN	13
1. Algemeen	15
1.1. Definitie psychiatrische stoornis	15
1.2. Psychiatrisch onderzoek	18
1.3. Psychiatrische diagnostiek	22
1.4. Prevalentie van psychiatrische stoornissen	29
1.5. Ontstaan van psychiatrische stoornissen	39
1.6. Relatie psychiatrische stoornis – delict	42
2. Neurobiologie	43
2.1. Inleiding: werking van het zenuwstelsel	43
2.2. Vormen van agressief gedrag	51
2.3. Neurowetenschappelijk onderzoek naar antisociaal gedrag	53
2.4. Neurolaw	73
3. Specifieke psychiatrische stoornissen	79
3.1. Psychotische stoornissen	79
3.2. Verstandelijke beperking	106
3.3. Stemmingsstoornissen	119
3.4. Suïcidaliteit	139
3.5. Verslaving	158
3.6. Autisme	188
3.7. ADHD	202
3.8. Persoonlijkheidsstoornissen	211

DEEL II: PSYCHOPATHIE **237**

1. Algemene kenmerken	239
1.1. Historiek	239
1.2. Diagnostiek	240
1.3. Prevalentie	242
1.4. Vrouwen met psychopathie	243
1.5. 'Succesvolle' psychopathie	244
1.6. Comorbiditeit	245
2. Ontstaan van psychopathie	246
2.1. Distress theory van James Blair	246
2.2. Response-modulation theory van Joseph Newman	249
2.3. Vroege waarschuwingssignalen	251
3. Behandeling en aanpak van psychopathie	253
4. Relatie tussen psychopathie en criminaliteit	257

DEEL III: RISICOTAXATIE **261**

1. Risicotaxatie	263
1.1. Algemene aspecten	263
1.2. Risicotaxatie-instrumenten	269
1.3. PCL-R	282
1.4. Psychometrische kwaliteiten risicotaxatie-instrumenten	285
1.5. Risicocommunicatie	294
2. Besluitvorming	296
2.1. Besluitvorming bij mensen	296
2.2. Cognitieve bias	298
2.3. Ruis	301

DEEL IV: FORENSISCHE STATUTEN **305**

1. Wet inzake bescherming van de persoon met een psychiatrische aandoening	307
1.1. Historiek	307
1.2. Toepassingsvoorwaarden	309
1.3. Procedure en beschermingsmaatregelen	311
1.4. Cijfers over gedwongen opname	315
1.5. Enkele kritische bedenkingen	320
2. Wet betreffende de internering van personen (WIP)	323
2.1. Historiek en toepassingsvoorwaarden	323
2.2. Criteria voor internering	326
2.3. Interneringsprocedure	328
2.4. Enkele specifieke categorieën van geïnterneerden	331
2.5. Kritiek op het interneringssysteem	333
2.6. Psychiatrisch deskundigenonderzoek in strafzaken	334
2.7. Enkele cijfers over de interneringsmaatregel	343
2.8. Beschrijving interneringspopulatie	345
2.9. Tenuitvoerlegging van een interneringsmaatregel	347
2.10. Slachtoffers	350

DEEL V: FORENSISCHE ZORG **355**

1. Algemene aspecten	357
1.1. Reguliere versus forensische zorg	357
1.2. Risicomanagement	358
2. Overkoepelende modellen en kaders	361
2.1. Risk-Need-Responsivity-model	362
2.2. Good Lives Model	373
2.3. Herstelvisie en forensisch herstel	379
3. Motivatie	383
3.1. Veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente	383
3.2. Motiverende gespreksvoering van Miller en Rollnick	385
3.3. Zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci	387
4. Forensische hulpverleners	391
5. Organisatie van de forensische zorg	394
5.1. Intrapenitentiaire zorg	394
5.2. Extrapenitentiaire zorg	395
6. Effectiviteit van forensische behandeling	404
6.1. Nationale onderzoeken	404
6.2. Onderzoek recidive high-security geïnterneerden	405
6.3. Onderzoek recidive medium-security geïnterneerden	406
7. Vermaatschappelijking van zorg	408
7.1. Historische context: algemeen	408
7.2. Naar een gemeenschapsgerichte GGZ	409
7.3. Vermaatschappelijking van de forensische zorg	412

DEEL VI: SEKSUELE DELINQUENTIE **419**

1. Regulatie van de menselijke seksualiteit	421
1.1. Dual control model	421
1.2. Incentive motivational theory	422
1.3. Toepassing op seksueel delictgedrag	425
2. Normaal en deviant seksueel gedrag	427
2.1. Stoornissen in de stimuluscompetentie	428
2.2. Stoornissen in de regulatie	434
3. Strafbare seksualiteit	441
3.1. Prevalentie van strafbaar seksueel gedrag in België	444
4. Recidive	446
5. Diagnostiek en risicotaxatie	448
5.1. Indeling delicten	448
5.2. Diagnostiek seksuele problematiek	448
5.3. Risicotaxatie	454
6. Behandeling	458
6.1. Ambulant of residentieel?	458
6.2. Behandelvormen	460
6.3. Effectiviteit behandelingen	466
6.4. Het belang van preventie	469
7. Vrouwelijke zedendelinquenten	470
7.1. Prevalentie en genderverschillen	470
7.2. Typologieën	471
7.3. Recidive en behandeling	473

BRONNEN **477**

Voorwoord

Hoe kijken we naar iemand met een psychiatrische stoornis die een ernstig misdrijf heeft gepleegd: als patiënt of als dader? Die vraag is niet nieuw, maar blijft actueel en beladen. Ze raakt aan hoe we als samenleving omgaan met verantwoordelijkheid, gevaar, zorg en straf, en ze speelt zich af op het snijvlak van psychiatrie en recht: de forensische psychiatrie.

Dit handboek biedt een brede en actuele inleiding tot dat snijvlak. We starten bij de psychiatrische stoornissen die het meest relevant zijn binnen een forensische context, en gaan vervolgens dieper in op psychopathie, een concept dat door zijn stigmatiserende geschiedenis en hardnekkige mythes vaak verkeerd wordt begrepen. Omdat het inschatten van toekomstig gevaar een kernopdracht is binnen de forensische psychiatrie, besteden we ruim aandacht aan risicotaxatie en aan de menselijke besluitvorming die daaraan ten grondslag ligt. Daarna verschuift de aandacht naar de juridische kaders: welke maatregelen bestaan er wanneer een psychiatrische stoornis en (het risico op) delictgedrag samenkomen, en hoe verloopt de zorg die daaruit voortvloeit? Tot slot gaan we specifiek in op seksuele delinquentie, een thema dat vanwege zijn maatschappelijke gevoeligheid en klinische complexiteit een afzonderlijk deel verdient.

Dit handboek is in de eerste plaats geschreven voor studenten criminologie, die doorheen hun opleiding voortdurend schakelen tussen juridische, sociologische en psychologische invalshoeken, maar zelden een grondige kennismaking krijgen met de psychiatrische kant van het verhaal. We hopen hen in het vak Forensische Geestelijke Gezondheidszorg een stevige basis te bieden om psychiatrische diagnoses, risicotaxatie-instrumenten en forensische statuten kritisch te leren begrijpen en plaatsen.

Tegelijk is dit handboek geschreven met een breder publiek voor ogen. Ook studenten psychologie of rechten, hulpverleners, magistraten, beleidsmakers en geïnteresseerde lezers die zich weleens hebben afgevraagd hoe het nu precies zit met ontoerekeningsvatbaarheid, internering of risicotaxatie, zullen in dit boek een toegankelijk antwoord vinden. We hebben daarom bewust gekozen voor een heldere, toegankelijke schrijfstijl, met concrete voorbeelden en illustraties, zonder afbreuk te doen aan de wetenschappelijke onderbouwing.

We wensen je veel leesplezier en hopen dat dit handboek bijdraagt aan een genuanceerder beeld van mensen die zich op het snijvlak van psychiatrie en justitie bevinden: mensen die, zoals de titel van dit boek suggereert, zelden uitsluitend het één of het ander zijn, en bovenal mens zijn.

Inge Jeandarme en Lena Boons

DEEL I

PSYCHIATRISCHE
STOORNISSEN

Dit deel biedt een algemene inleiding in psychiatrische stoornissen, diagnostiek en de rol van neurobiologie. Daarna worden de veelvoorkomende psychiatrische stoornissen binnen de forensische psychiatrie besproken, waaronder psychotische stoornissen, verstandelijke beperking, stemmingsstoornissen, verslaving, autisme, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen. Ook suïcidaliteit komt als afzonderlijk thema aan bod.

1. Algemeen

1.1. Definitie psychiatrische stoornis

Wat is nu eigenlijk een psychiatrische stoornis? Hoe ontstaat zoiets? En waarom voelt psychiatrie voor veel mensen soms wat ongrijpbaar aan? Psychiatrie gaat over ervaringen en gedragingen die je niet altijd kan meten met een bloedtest of een scan. Dat maakt het onderwerp snel ‘vaag’ in de hoofden van mensen. Tegelijk is het een vak dat heel dicht bij het dagelijkse leven staat: iedereen kent stress, piekeren, verdriet, angst, slapeloosheid, concentratieproblemen, ... Dat maakt het ook fascinerend.

Soms speelt er angst mee: voor psychiaters, voor therapie, of voor mensen met ernstige psychische problemen. Die angst is vaak gekoppeld aan vooroordelen. Een gesprek met een psychiater of therapeut kan spannend aanvoelen. Veel mensen denken (bewust of onbewust) dat een psychiater meteen ‘ziet’ wat er in je omgaat. In werkelijkheid probeert de hulpverlener een zo goed mogelijk beeld te krijgen via een gesprek, gerichte vragen, observaties en informatie over je functioneren. Soms gaan mensen psychiatrie studeren om eigen psychische problemen beter te begrijpen en op te lossen; dit is doorgaans geen goed idee. Natuurlijk kan kennis je helpen om psychische processen beter te begrijpen, maar dat geeft niet automatisch inzicht in je eigen patronen, laat staan dat het je klachten oplost. Zelfinzicht vraagt meestal een ander soort werk dan studeren.

Volgens het ‘Leerboek Psychiatrie’ (Van Balkom et al., 2025) moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan vooraleer je van een psychiatrische stoornis kan spreken:

1. Er is sprake van een syndroom, dat bestaat uit een aantal kenmerkende symptomen die in een bepaalde mate van ernst voorkomen;
2. Deze symptomen zijn gedurende een bepaalde tijd aanwezig;
3. Er bestaat een significante lijdensdruk of er zijn beperkingen in het functioneren.

Symptomen zijn klachten of verschijnselen, zoals verwardheid, geheugenproblemen, hallucinaties... Psychische symptomen kunnen verschillende oorzaken hebben. Soms ligt er ook een lichamelijke oorzaak aan de grondslag. Een traag werkende schildklier kan bijvoorbeeld depressieve klachten uitlokken. In dat geval zullen de depressieve klachten verdwijnen als het schildklierprobleem behandeld wordt. Maar het is niet altijd zo eenvoudig. Denk bijvoorbeeld

aan iemand die na een hersenbloeding psychische klachten krijgt. Hier kan de oorzaak niet (helemaal) weggenomen worden.

Omgekeerd is het ook zo dat mensen lichamelijke klachten kunnen ontwikkelen door een psychiatrische ziekte. Denk bijvoorbeeld aan anorexia nervosa, waarbij ondervoeding kan leiden tot ernstig gewichtsverlies en er zelfs cardiologische problemen kunnen optreden. Eetstoornissen vormen een belangrijke oorzaak van mortaliteit bij jonge mensen, waarbij de hoogste sterftecijfers worden vastgesteld bij patiënten met anorexia nervosa (Arcelus et al., 2011). Dit alles maakt duidelijk dat ‘lichamelijk’ en ‘psychisch’ in de praktijk sterk met elkaar verweven zijn en dat zorg zelden alleen over een brein of een lichaam gaat, maar over een mens als geheel.

In de psychiatrie is het niet altijd mogelijk om één specifieke oorzaak aan te wijzen voor het ontstaan van een aandoening. Daarom wordt vaker gesproken over psychiatrische stoornissen (Engels: *psychiatric disorder*) dan over psychiatrische ziekten. Die woordkeuze benadrukt dat het meestal gaat om een complex samenspel van factoren, en dat een eenvoudige oorzaak-gevolgverklaring vaak ontbreekt. Tegelijk is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen psychische klachten en een psychiatrische stoornis. Psychische klachten komen veel voor en kunnen ontstaan als reactie op gebeurtenissen in het leven, zoals verdriet na een relatiebreuk. In veel gevallen verminderen zulke klachten spontaan, of worden ze hanteerbaar zonder dat er sprake is van blijvende ontregeling. Bij een psychiatrische stoornis is het psychisch evenwicht daarentegen gedurende langere tijd verstoord, met een duidelijke negatieve impact op meerdere levensdomeinen.

Naast deze brede categorie van psychiatrische stoornissen bestaat ook de term Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) (in het Engels: *Serious or Severe (and Persistent) Mental Illness (S(P)MI)*). Er is niet altijd volledige overeenstemming over welke diagnoses precies onder EPA vallen (Delespaul, 2013), maar doorgaans gaat het om psychiatrische stoornissen die gepaard gaan met ernstige en langdurige (ten minste enkele jaren) beperkingen, waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren. Schizofrenie wordt vaak genoemd als een typisch voorbeeld van een EPA.

Psychiaters begrijpen psychische klachten en opvallende verschijnselen vaak als symptomen van een verstoring in de psychische functies. Deze functies maken het mogelijk om informatie op te nemen, te verwerken en om te zetten in emoties en gedrag, telkens in wisselwerking met de omgeving. Traditioneel worden psychische functies in drie grote groepen ingedeeld: cognitieve, affectieve en conatieve functies.

- Cognitieve functies hebben te maken met het verwerken van informatie en omvatten onder meer bewustzijn, aandacht, oriëntatie, geheugen en waarneming. Deze functies worden vaak samengevat als wat mensen ‘denken’.
- Affectieve functies slaan op emoties en stemming, ofwel wat mensen ‘voelen’.
- Conatieve functies verwijzen naar de beïnvloeding van het gedrag: de wil om iets te ondernemen, de motivatie en het doelgericht gedrag. Conatieve functies gaan over wat mensen ‘doen’ en ‘willen’.

In grote lijnen verloopt dit proces als volgt. De hersenen nemen informatie op uit de omgeving via bewustzijn, aandacht en waarneming. Die informatie wordt vervolgens vergeleken met eerdere ervaringen en kennis, wat samenhangt met het geheugen. Daarna krijgt de informatie betekenis: ze wordt beoordeeld en gekleurd door emoties, en tegelijk wordt ze gewogen en geïnterpreteerd via denkprocessen. Op basis van die verwerking volgt een reactie, die zichtbaar kan worden in lichamelijke spanning en bewegingen (psychomotoriek) en in doelgericht gedrag. Dat gedrag heeft gevolgen, en die gevolgen beïnvloeden opnieuw hoe toekomstige situaties worden waargenomen en geïnterpreteerd.

Binnen de cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt dit soort samenhang verduidelijkt met het 5G-schema. Dat schema helpt om een situatie stap voor stap te analyseren en toont hoe een gebeurtenis kan leiden tot bepaalde gedachten, gevoelens, gedragingen en gevolgen. Door die keten in kaart te brengen wordt zichtbaar hoe gedachten, gevoelens en gedrag elkaar beïnvloeden. Automatische gedachten, die vaak negatief zijn, kunnen bijvoorbeeld sterk bepalen hoe iemand zich voelt en gedraagt. Een belangrijk uitgangspunt is dat verandering mogelijk wordt wanneer één schakel wordt aangepakt. Zo kan het onderzoeken en bijstellen van niet-helpende gedachten – zoals ‘dit gaat zeker mislukken’ – ruimte maken voor meer helpende gedachten, waardoor gevoelens en gedrag vaak mee veranderen.

Gebeurtenis	Gedachten	Gevoelens	Gedrag	Gevolgen
Voorbeeld: Ik moet een presentatie geven voor het thesisseminarie.	Ik ga fouten maken. Ze weten veel meer dan ik. Dit wordt een mislukking.	Ik ben zenuwachtig en gespannen. Ik voel trillende handen en hartkloppingen.	Ik bereid me niet goed voor, stel zaken uit en vermijd te oefenen.	Ik geef een slechte presentatie en krijg negatieve feedback. Ik word nog meer onzeker.

TABEL 1.1. Het 5G-schema

Psychische functies zijn complex en laten zich niet vastpinnen op één afgebakende plaats in de hersenen. Bij veel psychiatrische stoornissen wordt bovendien geen duidelijke, specifieke afwijking in de hersenen gevonden. Daarom is het in de meeste gevallen niet mogelijk om stoornissen in hersenfuncties of hun oorzaken objectief vast te stellen met een hersenscan. Voor de diagnostiek zijn de subjectieve ervaringen van de persoon zelf en de mate waarin het functioneren in het dagelijkse en sociale leven onder druk staat dan ook essentieel.

1.2. Psychiatrisch onderzoek

Het doel van een psychiatrisch onderzoek is na te gaan of er sprake is van een psychiatrische stoornis. Dat laat toe om het waarschijnlijke beloop van een ziekte beter te voorspellen, mogelijke oorzaken te identificeren en een passende behandeling te bepalen. Hoe komt een psychiater tot een diagnose? In essentie gaat het, net zoals in andere takken van geneeskunde, om het in kaart brengen en verhelderen van klachten en het vaststellen van verschijnselen.

De eerste stap is meestal de **anamnese**: het gesprek tussen arts en patiënt. Tijdens dit gesprek gaat er veel aandacht naar gedachten, gevoelens en gedragingen. Patiënten ervaren dit gesprek daarom vaak als intiemer dan bijvoorbeeld een consult bij de huisarts. Het contact en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt zijn in de psychiatrie bovendien belangrijker dan in veel andere medische specialismen.

Een tweede verschil met andere specialismen is dat de psychiater reeds start met ‘onderzoeken’ tijdens de anamnese. Waar andere artsen na het gesprek meestal overgaan tot een lichamelijk onderzoek, voert de psychiater geen lichamelijk onderzoek uit, maar start hij reeds met **observeren** tijdens het gesprek. Wat de patiënt vertelt, wordt daarbij geïnterpreteerd in termen van psychische functies. De psychiater tracht met andere woorden een beeld te vormen van het functioneren op het vlak van cognitieve, conatieve en affectieve functies. Tegelijk wordt nagegaan in welke mate de observaties overeenstemmen met wat de patiënt rapporteert. Wanneer iemand bijvoorbeeld aangeeft depressief te zijn, is het relevant te observeren of mimiek, spraak en algemene presentatie hiermee in overeenstemming zijn.

Naast anamnese en observatie kan de psychiater gebruikmaken van **aanvullende onderzoeken** om tot een diagnose te komen. Zo kan een psycholoog gevraagd worden om een psychodiagnostisch onderzoek uit te voeren, zodat er een beter zicht ontstaat op de psychische functies. Daarnaast kunnen er nog aanvullende onderzoeken worden gevraagd, waaronder een lichamelijk onderzoek om na te gaan of een lichamelijke oorzaak de psychische klachten kan verklaren.

Wanneer de klachten (anamnese) en de vastgestelde afwijkende verschijnselen (observatie, psychologische testen) in kaart zijn gebracht, worden deze door de psychiater samengebracht en geclusterd tot ziektebeelden of stoornissen. Verschillende symptomen worden dan, in combinatie met kenmerken van het beloop, onder één noemer geplaatst. In sommige gevallen is het niet mogelijk om ook de oorzaak (etiologie) te achterhalen: het patroon van samenhangende symptomen en het beloop is dan bekend, maar de onderliggende oorzaak blijft onvoldoende duidelijk.

1.2.1. Anamnese

De psychiatrische anamnese is doorgaans omvangrijk en gedetailleerd. De anamnese vangt aan met de **speciële anamnese**, waarbij de ontstaans- en ontwikkelingsgeschiedenis van de psychiatrische klachten in kaart wordt gebracht. De speciële anamnese start meestal met een open vraagstelling: Wat is de aanleiding om op dit moment hulp te zoeken? Wat is de precieze aard van de klachten? Wanneer zijn de klachten ontstaan? In welke mate leidt dit tot lijdensdruk bij de persoon zelf of zijn omgeving? Parallel met dit gesprek begint ook het psychiatrisch onderzoek in strikte zin: de eerste indrukken ontstaan, de contactname en interactiestijl worden beoordeeld, en het gedrag wordt geobserveerd.

Aansluitend volgt de **algemene psychiatrische anamnese**, waarbij via concrete vragen kernsymptomen systematisch worden gescreend. Indien de patiënt bevestigend antwoordt, wordt de klacht in kwestie verder geëxploreerd. In de **sociale anamnese** wordt beoogd een beeld te verkrijgen van de verschillende contexten en leefmilieus waarin de patiënt functioneert, met name thuis, in opleiding/werk en in de vrije tijd. Daarbij wordt zowel geïnformeerd naar feitelijke informatie als naar de subjectieve beleving en ervaringen van de patiënt.

De **biografische anamnese** richt zich op de voorgeschiedenis. In die voorgeschiedenis wordt gezocht naar factoren die relevant kunnen zijn voor de ontwikkeling en het voortbestaan van de psychische klachten. Tot slot wordt een **somatische anamnese** afgenomen, met aandacht voor actuele lichamelijke klachten, voorgeschiedenis en medicatiegebruik. Deze bevraging dient in de eerste plaats om een lichamelijke verklaring voor psychische klachten uit te sluiten, maar is eveneens van belang bij het voorschrijven van medicatie.

Voor het afnemen van de anamnese kan gebruik worden gemaakt van gestructureerde interviews en vragenlijsten. Daarnaast kan aan patiënten gevraagd worden om vragenlijsten zelf in te vullen. Een voordeel van deze werkwijze is dat relevante vragen niet over het hoofd worden

gezien en dat symptomen op een betrouwbare manier, en desgevallend gekwantificeerd, kunnen worden vastgelegd. Een nadeel is dat deze methode tijdrovend kan zijn. Wanneer de informatieverzameling rechtstreeks via de patiënt verloopt, spreekt men van **auto-anamnese**.

Daarnaast kan ook informatie worden ingewonnen bij derden; dit wordt aangeduid als **heteroanamnese**. Heteroanamnese wordt eveneens gebruikt in de somatische (lichamelijke) geneeskunde, maar speelt daar doorgaans een minder centrale rol. In bepaalde situaties is ze wel relevant, bijvoorbeeld bij kinderen die hun klachten nog onvoldoende kunnen verwoorden omdat ze te jong zijn of bij volwassenen die te ziek zijn om hun klachten adequaat te formuleren. Bij psychische klachten is heteroanamnese vaak bijzonder belangrijk, onder meer door het uitgesproken subjectieve karakter van psychische klachten en verschijnselen. Het bevragen van derden kan bijdragen tot een ‘objectiever’ beeld.

Bovendien kan het voorkomen dat klachten moeilijk onder woorden worden gebracht doordat psychische functies niet optimaal functioneren, bijvoorbeeld bij geheugenproblemen. Ook terughoudendheid of ontwijking kan een rol spelen wanneer de patiënt bepaalde klachten liever niet met anderen wenst te delen, bijvoorbeeld bij alcohol- of drugsmisbruik of bij seksuele problemen die men verborgen wil houden. In de forensische psychiatrie leidt het verkrijgen van correcte informatie daardoor vaak tot bijkomende moeilijkheden. De belangen zijn immers aanzienlijk: er kan bijvoorbeeld een interneringsmaatregel boven het hoofd hangen of een langere gevangenisstraf. In die context geven patiënten soms zo weinig mogelijk informatie prijs, vanuit het uitgangspunt dat alles wat wordt gezegd tegen hen kan worden gebruikt.

1.2.2. Aanvullende onderzoeken

De anamnese en het psychiatrisch onderzoek kunnen worden aangevuld met bijkomende onderzoeken, waaronder **psychodiagnostisch onderzoek**. In dat kader beschikken psychologen over gestandaardiseerde tests om verschillende psychische functies op een betrouwbare manier te meten. Voorbeelden daarvan zijn intelligentietesten, die de intelligentie meten, en persoonlijkheidstesten, die kenmerken van de persoonlijkheid in kaart brengen. Ook neuropsychologische tests winnen aan belang; zij meten onder meer aandacht en geheugen.

Er bestaat in principe geen aanvullend lichamelijk onderzoek waarmee een psychiatrische diagnose kan worden bevestigd of verworpen. Zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk om via een bloedonderzoek uit te maken of iemand een psychiatrische stoornis heeft, al kan bijvoorbeeld in een bloedname wel een indicatie gevonden worden over het gebruik van alcohol. Dat

neemt niet weg dat een **bloedonderzoek of lichamelijk onderzoek** soms wel zinvol kan zijn, in de eerste plaats om een lichamelijke oorzaak van psychische klachten uit te sluiten. Soms is dergelijk onderzoek ook nodig om de keuze voor een bepaalde behandeling te bepalen of om bijwerkingen van medicatie op te volgen. Dit bijkomend lichamelijk onderzoek gebeurt in de regel niet door de psychiater zelf, maar door een andere arts.

Hetzelfde geldt voor **beeldvormend onderzoek van de hersenen** (*brain imaging*). Via een hersenscan kan de structuur van de hersenen in beeld worden gebracht. Ook dergelijke onderzoeken zijn echter niet aangewezen bij elke psychiatrische patiënt en worden daarom enkel op indicatie uitgevoerd. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer de psychiater vermoedt dat een ruimte-innemend proces in de hersenen, zoals een hersenbloeding of een hersentumor, aan de basis ligt van de psychiatrische symptomen. In de meeste gevallen wordt een hersenscan dus gebruikt om een lichamelijke oorzaak van psychische klachten op te sporen. Slechts in een beperkt aantal gevallen kan een scan ook bijdragen tot het stellen van een diagnose, bijvoorbeeld bij sommige vormen van dementie.

In een wetenschappelijke context wordt wel vaker gebruikgemaakt van hersenonderzoek. Op groepsniveau kan men zo verschillen proberen vast te stellen, wat kan bijdragen tot meer kennis over een bepaald ziektebeeld. Op individueel niveau kunnen die bevindingen echter niet worden gebruikt om een diagnose te stellen. Soms kan men met andere woorden wel vaststellen dat bij een bepaalde ziekte een verhoogde kans bestaat op een bepaalde hersenafwijking, maar dat betekent nog niet dat die afwijking in een individueel geval diagnostisch bruikbaar is. Niet alle patiënten met een bepaalde ziekte vertonen immers die afwijking, en omgekeerd heeft ook niet iedereen met die afwijking die bepaalde ziekte. Er bestaat met andere woorden een aanzienlijke overlap tussen ziektebeelden en de desbetreffende hersenafwijkingen.

Zo vond Habets (2011) in haar onderzoek vergrote ventrikels – de holtes in ons brein waarin hersenvocht zit – terug bij personen met een psychotische stoornis. Dezelfde vergrote ventrikels werden echter ook gevonden bij personen met Alzheimerdementie en bij mensen met een bipolaire stoornis. En er waren ook heel wat mensen met deze ziektes met normaal ontwikkelde ventrikels. Op basis van (al dan niet) vergrote ventrikels kan in een individueel geval dus niet veel worden afgeleid. Het is echter niet ondenkbaar dat deze neurobiologische ontwikkelingen in de toekomst een steeds grotere rol zullen spelen.

1.2.3. Psychiatrisch onderzoek: betrouwbaarheid?

Doordat een psychiatrische stoornis vaak wordt afgeleid uit wat de patiënt vertelt en uit wat men observeert, is de psychiatrie ook kwetsbaar. Een patiënt kan immers onwaarheden vertellen of zich anders voordoen dan hij is, waardoor de psychiater op het verkeerde been kan worden gezet.

Dat werd op pijnlijke wijze duidelijk in een beroemd experiment van de Amerikaanse psycholoog David Rosenhan, die zijn bevindingen in 1973 publiceerde onder de titel *On Being Sane in Insane Places*. Het experiment bestond uit twee delen. In het eerste deel stuurde Rosenhan 'neppatiënten' naar verschillende ziekenhuizen in de VS met verzonden klachten. Rosenhan zelf was overigens één van die neppatiënten. Zij moesten tegen de psychiater zeggen dat zij stemmen in hun hoofd hoorden. Voor het overige mochten zij alle vragen naar waarheid beantwoorden. Allen werden opgenomen op een psychiatrische afdeling en werden gediagnosticeerd met een psychiatrische stoornis. Tijdens hun opname gedroegen de neppatiënten zich opnieuw normaal en vertelden zij de staf dat zij zich weer beter voelden en dat de stemmen verdwenen waren. In tegenstelling tot wat de onderzoekers hadden verwacht, duurde het echter lang vooraleer zij met ontslag mochten. Gemiddeld bleven zij 19 dagen opgenomen en kregen zij in veel gevallen bij ontslag de diagnose schizofrenie opgeplakt, terwijl het in werkelijkheid om perfect gezonde mensen ging.

Het tweede deel van de studie volgde op een uitdaging van de betrokken ziekenhuizen. Ze verzochten Rosenhan om opnieuw neppatiënten in te sturen, zodat de psychiaters hen zouden kunnen herkennen en aan hem rapporteren. In de daaropvolgende weken werden 41 van de 193 nieuwe patiënten als mogelijke neppatiënten geïdentificeerd, van wie er 19 met vrij grote zekerheid werden verdacht. Rosenhan had echter geen enkele neppatiënt gestuurd. Het Rosenhan-experiment maakte daarmee duidelijk dat het stellen van een psychiatrische diagnose een heikele kwestie is.

1.3. Psychiatrische diagnostiek

De bevindingen uit de psychiatrische anamnese en het psychiatrisch onderzoek leiden tot een diagnose en een behandelvoorstel. Er kunnen hierbij twee typen diagnoses onderscheiden worden:

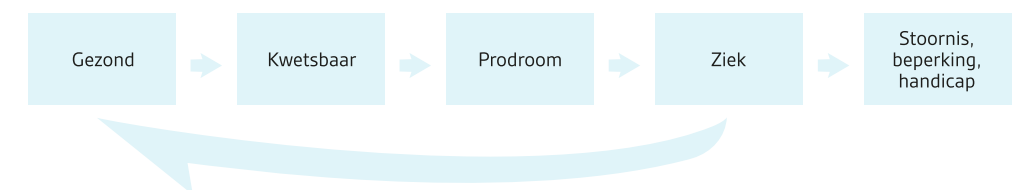
1. **Syndroomdiagnose of descriptieve diagnose:** bij deze diagnose worden symptomen geordend tot een syndroom of een specifieke stoornis. Deze diagnose is puur beschrij-

vend. Een voorbeeld van een syndroomdiagnose is 'een matig ernstige depressie met melancholische kenmerken en suïcidaliteit'.

2. **Structuurdiagnose:** hier wordt bijkomend beschreven waardoor en op welke manier het betreffende syndroom is ontstaan. Er wordt rekening gehouden met factoren die iemand kwetsbaar maken (predisponerende factoren), factoren die de stoornis uitlokken (luxerende factoren) en factoren die de stoornis onderhouden of versterken (onderhoudende factoren). Een voorbeeld van een structuurdiagnose is 'een matig ernstige depressie met melancholische kenmerken bij een lichamelijk gezonde man met een belaste psychiatrische familiale anamnese en met narcistische persoonlijkheidstrekken. Dit beeld is reactief ontstaan na veranderingen op het werk en na een forse griep. Als gevolg hiervan zijn problemen ontstaan in de relatie en belemmeringen in het sociaal functioneren.' Bij deze structuurdiagnose uit het voorbeeld wordt duidelijk dat men in dit geval ook aandacht moet schenken aan de relatie en bijvoorbeeld systeemtherapie kan aanraden.

Soms kan een diagnose niet met zekerheid worden gesteld of is er twijfel tussen verschillende diagnoses. In dat geval kan men een **differentiële diagnose** stellen. Zo kan men bijvoorbeeld voorlopig een depressieve stoornis als diagnose aannemen, terwijl tegelijk de differentiële diagnose bipolaire stoornis wordt overwogen. Het verdere verloop van de ziekte zal dan duidelijk maken welke diagnose de juiste is.

Elke psychiatrische stoornis kent een natuurlijk beloop met essentiële overgangen of transities (zie Figuur 1.1). Iemand ontwikkelt een bepaalde kwetsbaarheid (zie infra 'Ontstaan'), die aanvankelijk niet zichtbaar is. Op een bepaald moment treden prodromen op: kenmerken die de ziekte aankondigen, maar vaak pas achteraf, nadat de diagnose is gesteld, als dusdanig worden herkend. Na het uitbreken van de ziekte kan iemand na behandeling, of door het natuurlijke verloop, opnieuw gezond worden. Het is echter ook mogelijk dat iemand blijvende beperkingen behoudt.



FIGUUR 1.1. Beloop psychiatrische stoornis
(Bron: Hengeveld & Van Balkom, 2009)

1.3.1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Omdat de oorzaken van psychiatrische stoornissen binnen de psychiatrie doorgaans nog niet met zekerheid kunnen worden vastgesteld, steunen de huidige classificatiesystemen grotendeels op syndroomdiagnoses. Die syndroomdiagnoses zijn terug te vinden in een handboek. In België wordt daarvoor het handboek met de Engelse titel '*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*' (DSM) gebruikt. De Nederlandse titel 'Handboek voor de classificatie van psychiatrische stoornissen' geeft beter weer wat het handboek doet, namelijk het classificeren van psychiatrische stoornissen. Bij diagnosticeren verwacht je immers naast een beschrijving van het syndroom ook de oorzaken, het ziekteproces en de prognose van het ziektebeeld. Met prognose wordt bedoeld dat men een inschatting maakt of probeert te voorspellen hoe de ziekte verder zal verlopen.

Het feit dat de DSM enkel classificeert, is een beperking. De grote meerwaarde van de DSM is dat stoornissen op een meer betrouwbare manier kunnen worden vastgesteld en dat er een gemeenschappelijke taal ontstaat. Daardoor weet men precies wat bedoeld wordt wanneer iemand in een ander land spreekt over een persoon met schizofrenie. Vóór het bestaan van de DSM hanteerde iedereen zijn eigen systeem, wat vaak tot misverstanden leidde. In de afgelopen jaren is de DSM uitgegroeid tot het standaardnaslagwerk voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het stellen van een formele diagnose behoort evenwel nog steeds tot het domein van de psychiater.

De DSM vertrekt vanuit een categoriale benadering, waarbij ziekte en gezondheid als kwalitatief duidelijk onderscheiden categorieën worden opgevat. Elke categorie wordt gekenmerkt door specifieke symptomen. Men is dus ofwel ziek, ofwel gezond. Een dimensionale benadering gaat daarentegen uit van een kwantitatief verschil. Daarbij wordt de aandoening geplaatst op een continuüm van minder ziek tot meer ziek. Die benadering wint steeds meer aan populariteit en zal de komende jaren vermoedelijk een belangrijkere plaats innemen.

De Hoge Gezondheidsraad (2019) gaf hulpverleners voorlopig het advies om voorzichtig om te gaan met het stellen van diagnoses. Gelet op de eerder beperkte wetenschappelijke evidentie voor het onderscheiden van sterk afgelijnde psychiatrische stoornissen, adviseert de Hoge Gezondheidsraad om bij het classificeren vooral te werken met een beperkt aantal brede stoorniscategorieën. De werkwijze van de DSM sluit aan bij onze natuurlijke neiging om 'dingen' in hokjes onder te brengen. In de praktijk bestaat er echter veel overlap tussen psychiatrische stoornissen. Een gevolg van deze categoriale manier van classificeren is dan

ook dat patiënten vaak meer dan één diagnose krijgen. Men spreekt dan van comorbiditeit: het samen voorkomen van meerdere stoornissen bij dezelfde patiënt.

De eerste versie van de DSM werd gepubliceerd in 1952. De eerste en tweede versie van de DSM waren erg beïnvloed door etiologische theorieën zoals de psychoanalyse, en niet zozeer op empirisch onderzoek gebaseerd. Pas vanaf de derde editie werden explicietere diagnostische criteria gebruikt die ook in onderzoek werden gevalideerd. Vanaf DSM-III werd bovendien gewerkt met een multi-axiaal systeem met vijf assen. As I en as II bevatten de psychiatrische stoornissen, as III de somatische aandoeningen, as IV psychosociale en omgevingsfactoren en as V het niveau van functioneren.

Voor de eerste twee assen waren belangrijk. Op as I stonden de zogenaamde syndromale stoornissen, namelijk stoornissen die zijn ontstaan na een gezonde toestand. Denk aan iemand die nooit psychiatrische problemen heeft gehad en plots op zijn 40e een depressie ontwikkelt, die een tijd aanhoudt en daarna weer opklaart. Op as II stonden de verstandelijke beperkingen en de persoonlijkheidsstoornissen. Dit zijn stoornissen die van jongs af aan, soms zelfs van bij de geboorte, in minder of meerdere mate aanwezig zijn en een chronisch karakter hebben.

Op deze indeling in twee assen kwam echter kritiek: syndromale stoornissen ontstaan immers dikwijls ook in de jeugd en hebben soms een chronisch of recidiverend beloop. Ze beïnvloeden ook de persoonlijkheid, en omgekeerd. Anderzijds blijken persoonlijkheidsstoornissen vaak minder stabiel dan vroeger werd gedacht. Ze kunnen een recidiverend karakter hebben of verergeren of verbeteren met de leeftijd. In de laatste versie van de DSM, de DSM-5, wordt dit multi-axiaal systeem dan ook niet langer gebruikt.

De DSM-5 (APA, 2013) en DSM-5-TR (APA, 2022)¹ zijn nu opgebouwd volgens ontwikkeling en levensloop. Het handboek begint met classificaties die worden gezien als uitingen van ontwikkelingsprocessen die zich vroeg in het leven manifesteren, zoals neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, waaronder verstandelijke beperking. Daarna volgen classificaties die zich vaker manifesteren in de adolescentie of bij jongvolwassenen, zoals depressie. Het boek eindigt met classificaties die betrekking hebben op de volwassenheid en de latere leeftijd,

¹ De DSM-5-TR, voluit *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*, is de tekstherziening van de DSM-5. Deze versie werd in 2022 gepubliceerd door de American Psychiatric Association en bevat onder meer geactualiseerde toelichtingen, aangepaste criteria en enkele inhoudelijke aanvullingen. In dit handboek wordt de DSM-5-TR niet afzonderlijk besproken. De reden daarvoor is dat in Vlaamse ziekenhuizen in de praktijk nog gewerkt wordt met de DSM-IV of de DSM-5.

zoals neurocognitieve stoornissen, waaronder dementie. In de DSM-5 zijn er 356 psychiatrische stoornissen opgenomen. Dat zijn er aanzienlijk meer dan de 106 stoornissen die in DSM-I werden beschreven.

De DSM is atheoretisch. Er bestaan binnen de psychiatrie nog steeds verschillende visies en denkkaders om de problemen of stoornissen van een patiënt te begrijpen, te benoemen en om behandel mogelijkheden naar voren te schuiven. Voorbeelden daarvan zijn de psychoanalyse en CGT.

Dat er nog altijd geen consensus is over de etiologie en pathogenese van stoornissen tussen verschillende stromingen is niet zo verwonderlijk. De psychiatrie is een relatief jonge discipline binnen de geneeskunde, die is ontstaan rond het einde van de 19e eeuw. Bij het ontstaan van een nieuwe discipline brengen verschillende personen doorgaans hun eigen visie naar voren. Pas na verloop van tijd groeit er enige consensus, waarbij men de problematiek op een meer gemeenschappelijke manier begint te benaderen. Dat proces neemt meestal meerdere decennia, soms zelfs eeuwen, in beslag.

Tegelijk is het belangrijk dat classificatiesystemen, ondanks die verschillende denkkaders, toch een gemeenschappelijke taal mogelijk maken. Zoals gezegd is de DSM het systeem dat in België wordt gebruikt. Toch is dit niet het enige systeem dat er bestaat. Een ander bekend classificatiesysteem is de ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), die inmiddels aan haar 11e editie toe is: de ICD-11 (WHO, 2019). Het gaat om een internationaal gehanteerde lijst van ziekten, ontwikkeld en bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), die men ook in sommige wetenschappelijke artikels terugvindt.

1.3.2. DSM in de forensische context

De classificatiecriteria en toelichting in de DSM zijn in eerste instantie ontwikkeld als hulpmiddel voor de clinicus tijdens het klinisch onderzoek, gevalsbeschrijving en het opstellen van een behandelplan. De DSM wordt echter ook gebruikt als naslagwerk door sommige rechtbanken en advocaten om de forensische implicaties van psychiatrische stoornissen te beoordelen, iets waarvoor het handboek eigenlijk niet bedoeld is. Er staat dan ook een duidelijke waarschuwing in de DSM-5 te lezen:

‘Bij het gebruik van de DSM-5 in forensische settings dient men zich bewust te zijn van de risico’s en de beperkingen’.

Het is niet omdat iemand een DSM-5 diagnose heeft, dat die persoon voldoet aan wettelijke criteria voor de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis of aan een specifieke wettelijke standaard zoals wilsbekwaamheid of toerekeningsvatbaarheid. Er is bijkomende informatie nodig over de beperkingen in het functioneren en over de manier waarop die beperkingen de specifieke vermogens aantasten. Functiestoornissen, vermogens en beperkingen kunnen binnen elke classificatiecategorie erg variëren, waardoor personen die een bepaalde classificatie krijgen toegekend erg verschillend kunnen zijn op het vlak van functioneren en niveau van eventuele handicap. Zelfs als ‘verminderde controle over het eigen gedrag’ een kenmerk is van de stoornis, toont de classificatie nog niet aan dat een bepaald persoon op een bepaald tijdstip (wettelijk gezien) niet in staat was om zijn of haar gedrag onder controle te houden. Met andere woorden: het hebben van een psychiatrische stoornis is geen afdoende reden om iemand ontoerekeningsvatbaar te verklaren.

Binnen een forensische context moet er ook altijd rekening mee worden gehouden dat er soms stoornissen geveinsd worden. Bij veinzen of simuleren (nog een ander synoniem is malingeren) gaat het om een bewust proces met een extern motief, zoals strafvermindering (soms ontslag van rechtsvervolging), voorkeur voor verblijf in een psychiatrisch instituut boven de gevangenis, obstructie van politieonderzoek, ...

Het simuleren kan uiteenlopen van een beetje aandikken van symptomen tot het compleet uit de duim zuigen van een stoornis. Simuleren (*faking bad*) is het tegenovergestelde van dissimuleren (*faking good*), wat ook soms voorkomt in een forensische context. Men houdt dan een stoornis verborgen, bijvoorbeeld om behandelaars de indruk te geven dat zij genezen zijn. Overigens is simulatie zeker niet beperkt tot een forensische context. Ook mensen uit de algemene bevolking simuleren soms symptomen als hoofdpijn, koorts of buikpijn om niet naar het werk te moeten gaan of om aandacht van anderen te krijgen. Uit onderzoek met patiënten die klachten simuleren blijkt dat artsen simulatie doorgaans slecht herkennen, met gerapporteerde detectiepercentages tussen 0% en 25% (Rosen & Phillips, 2004). In een zorgcontext ligt de nadruk op behandeling, het behoud van de therapeutische relatie en het vermijden dat noodzakelijke zorg wordt gemist. Daardoor is de drempel vaak hoger om subjectieve klachten als simulatie te duiden. Binnen een forensische context kan veinzen echter grote gevolgen hebben. Op basis van de beschikbare literatuur schat men in dat overdrijven of simuleren van klachten bij onderzoeken naar *fitness to stand trial*² in de VS in 8 tot 21% voorkomen (Krishnan et al., 2026).

² *Fitness to stand trial* (ook wel *competency to stand trial*) is een juridisch concept uit de VS dat nagaat of een verdachte mentaal in staat is om actief deel te nemen aan zijn eigen rechtszaak.

Wat kan dan gedaan worden om veinzen of simulatie in een forensische context te detecteren?

- Observatie (voor een periode van een aantal weken) in een residentiële context;
- Specifiek kijken naar atypische symptomen;
- Verzamelen van ‘collaterale informatie’;
- Gebruik van speciale tests.

Testen om veinzen op te sporen

Symptoomvaliditeitstesten (SVT's) zijn psychodiagnostische instrumenten die nagaan of een persoon tijdens een onderzoek voldoende inspanning levert en eerlijk rapporteert over zijn of haar klachten. Ze worden ingezet om te detecteren of iemand symptomen overdrijft, simuleert of onderpresteert – bewust of onbewust. Er zijn twee hoofdtypen. Prestatie-validiteitstesten (PVT's) meten of iemand zich voldoende inzet bij cognitieve taken, zoals bij een geheugentest. Ze zijn vaak zo geconstrueerd dat de taak makkelijker lijkt dan hij is, waardoor zelfs mensen met echte cognitieve stoornissen er nog boven kansniveau op scoren; wie eronder scoort, presteert waarschijnlijk niet naar eigen kunnen. Een voorbeeld van zo een test is de Amsterdamse Korte Termijn Geheugentest (AKTG) (Schmand et al., 1999). Zelfrapportage Symptoomvaliditeitstesten (SRVT's) beoordelen de geloofwaardigheid van zelfgerapporteerde klachten, bijvoorbeeld via vragenlijsten die onwaarschijnlijke klachtenpatronen opsporen. Een voorbeeld van zo een test is de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) (Widows & Smith, 2005).

Een uitgebreide bespreking van SVT's valt buiten het bestek van dit handboek en behoort eerder tot het domein van de rechtspsychologie (Otgaar et al., 2022). Hier is het belangrijk op te merken dat een onvoldoende resultaat op een SVT niet automatisch betekent dat iemand liegt. De resultaten dienen dan ook altijd geïnterpreteerd te worden binnen de bredere klinische context. Het is op dit moment niet duidelijk hoe vaak SVT's in Belgische rechtszaken gebruikt worden. Internationaal blijken screeningstesten op veinzen in wisselende mate te worden ingezet en zijn sommige nationale richtlijnen hier meer sturend in, en andere heel vrijblijvend (Krishnan et al., 2026).

1.4. Prevalentie van psychiatrische stoornissen

In de media zijn er steeds vaker berichten over psychiatrische stoornissen en de wachtlijsten in de GGZ. Daardoor kan de indruk ontstaan dat het aantal psychiatrische stoornissen de laatste jaren sterk toeneemt. Het is ongetwijfeld zo dat er in de media meer aandacht aan psychiatrische stoornissen wordt gegeven. Wereldwijd heeft de covidpandemie geleid tot veel meer aandacht voor psychische gezondheid. Daarnaast zoeken mensen vandaag sneller hulp dan vroeger.

Toch blijft de vraag of het aantal psychiatrische stoornissen daadwerkelijk toeneemt. Daarbij moet vooreerst een onderscheid gemaakt worden tussen psychiatrische stoornissen en psychische klachten. Van een psychiatrische stoornis kan pas worden gesproken wanneer de klinische symptomen voldoen aan de criteria van een specifieke stoornis, zoals vastgelegd in een psychiatrisch classificatiesysteem. Om te bepalen hoeveel mensen precies aan een psychiatrische stoornis lijden, is het in de eerste plaats van belang na te gaan hoe dat werd gemeten. Er zijn immers verschillende manieren om vast te stellen bij hoeveel mensen sprake is van psychisch lijden. Men kan bijvoorbeeld kijken naar iemand met een zorgbehoefte in de GGZ, naar iemand die effectief zorg krijgt in de GGZ, of naar iemand die volgens een gangbaar classificatiesysteem zoals de DSM een psychiatrische diagnose heeft. Die categorieën vallen niet noodzakelijk samen.

In verschillende landen worden er prevalentieonderzoeken uitgevoerd. Onder prevalentie wordt verstaan: het aantal gevallen van een bepaalde ziekte in een populatie gedurende een bepaalde periode. Naast de manier waarop prevalentie wordt gemeten, is het daarom ook belangrijk om de periode te bepalen waarbinnen wordt gemeten. Gaat het bijvoorbeeld om personen die in de afgelopen maand, dan wel ooit in hun leven, met psychische problemen te maken kregen? Afhankelijk van het handboek of rapport dat men raadpleegt, vindt men verschillende prevalentiecijfers voor psychiatrische stoornissen. Volgens de WHO leefde in 2021 wereldwijd bijna een op de zeven mensen (1,1 miljard mensen) met een psychiatrische stoornis, waarbij angststoornissen en depressieve stoornissen het meest voorkwamen (WHO, 2025). Deze cijfers liggen in lijn met de *Global Burden of Disease Study* uitgevoerd in 2023. Onze algemene gezondheid ging erop vooruit, maar de aard van de gezondheidsproblemen veranderde naar meer chronische en niet-overdraagbare aandoeningen. Volgens deze studie leefden in 2023 wereldwijd naar schatting 1,17 miljard mensen met een psychiatrische stoornis. Psychiatrische stoornissen behoren daarmee tot de belangrijkste oorzaken van ziektelast in de wereld. Angststoornissen en depressieve stoornissen behoren tot de meest voorkomende

categorieën, met een bijzonder hoge ziektelast bij vrouwen en adolescenten (GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators, 2025; Santomauro et al., 2026).

1.4.1. België

Dankzij de Gezondheidsenquête van Sciensano beschikken we over recente cijfers over de geestelijke gezondheid in België. De editie 2023-2024 schetst de situatie bij de bevolking van 15 jaar en ouder. De enquête richt zich tot een steekproef van personen die in België wonen, ongeacht hun nationaliteit, leeftijd of juridische status. Voor de selectie van de deelnemers werd gebruikgemaakt van het Rijksregister. Personen die daarin niet zijn opgenomen, zoals thuislozen of mensen zonder wettig verblijf, konden daardoor niet worden meegenomen. Naast het subjectieve welzijn bevraagt de enquête symptomen en gedragingen die kunnen wijzen op een aantal veelvoorkomende geestelijke gezondheidsproblemen. Angst- en depressieve symptomen worden gemeten over de voorafgaande 2 weken. Voor suïcidale gedachten en pogingen worden zowel levensloopindicatoren als indicatoren voor de voorafgaande 12 maanden gerapporteerd. Mogelijke anorexia of boulimie wordt opgespoord met de SCOFF-screeningsvragenlijst, die geen uniforme referentieperiode voor alle items hanteert. Episodes van overmatig eten worden gemeten over de voorafgaande 3 maanden. Deze screeningsinstrumenten stellen dus geen klinische diagnoses. Tot slot besteedt de enquête aandacht aan het gebruik van voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen gedurende de voorafgaande 2 weken en aan het type professionele hulp waarop een beroep werd gedaan (Gisle, Hermans, & Duveau, 2025). Uit dit onderzoek bleek onder meer:

- Geestelijke gezondheid blijft een grote uitdaging: 17,8% van de bevolking geeft aan een angststoornis, een depressieve stoornis of beide te hebben. Dat is een stijging tegenover 2018 (14,4%).
- In de voorbije 20 jaar is gegeneraliseerde angst toegenomen van 6,1% tot 12,8%, en depressieve stoornissen van 8,0% tot 12,7% bij personen van 15 jaar en ouder.
- Daarnaast geeft 7,8% van de bevolking van 15 jaar en ouder aan een eetstoornis zoals anorexia of boulimie te lijden en rapporteert 9,7% periodes van eetbuien. De prevalentie van eetstoornissen blijft hoog maar stabiel.
- Er blijven duidelijke sociale ongelijkheden: vrouwen, lager opgeleiden en mensen met een laag inkomen screenen vaker positief op symptomen of gedragingen die kunnen wijzen op eetstoornissen, gegeneraliseerde angst en depressieve stoornissen.
- Jongeren van 15 tot 24 jaar vormen een risicogroep: 23,1% heeft volgens het screeningscriterium een angst- en/of depressieve stoornis. Daarnaast screende 13,2% van deze

leeftijdsgroep positief op mogelijke anorexia of boulimie en meldde 15,8% gedurende de voorafgaande 3 maanden minstens één episode van overmatig eten.

- Vlaanderen scoort globaal beter dan het Waals gewest, gevolgd door het Brussels gewest.

De cijfers tonen een hoge en aanhoudende prevalentie van psychiatrische stoornissen in België en onderstrepen de noodzaak om preventie te versterken en de beschikbaarheid en gelijke toegang tot psychologische ondersteuning te garanderen.

Met betrekking tot de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen worden de volgende cijfers gerapporteerd:

- 14,1% van de bevolking (16,8% van de vrouwen en 11,1% van de mannen) zocht in de afgelopen 12 maanden professionele hulp voor psychische problemen.
- Het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen blijft stabiel: 12,4% in 2023-2024 tegenover 12,3% in 2018. De eerdere daling sinds 2008 (14,3%) zet zich dus niet verder.
- Het gebruik van antidepressiva blijft stijgen, van 7,6% in 2013 en 2018 naar 9,1% in 2023-2024.
- In totaal gebruikt 16,4% van de bevolking minstens één van beide soorten geneesmiddelen, en 5,1% gebruikt ze gecombineerd, wat risico's met zich kan meebrengen.
- Personen met een diploma hoger onderwijs gebruiken minder vaak slaap- en kalmeermiddelen en antidepressiva.

1.4.2. Vlaanderen en Brussel

Ook in Vlaanderen en Brussel werd er onderzoek gevoerd. Via de *Public Mental Health Monitor*, een webbased vragenlijst, werd in 2023 gepeild naar psychische klachten en behandelingen bij een representatieve steekproef in Brussel en het Vlaams gewest. Uit de cijfers blijkt dat iets meer dan een op de vijf Vlaamse volwassenen (22%) in de afgelopen 12 maanden aangeeft te voldoen aan de criteria van één of meerdere psychiatrische stoornissen (Bruffaerts et al., 2024). In vergelijking met de bevraging van Sciensano werd in dit onderzoek geconcludeerd dat de prevalentie van depressie relatief stabiel blijft over de tijd heen. Volgens deze auteurs is er geen systematische stijging van een aantal veelvoorkomende psychiatrische problemen; ze benoemen dit zelfs als een mythe. Dat deze gedachte leeft, heeft volgens deze onderzoekers vermoedelijk te maken met een grotere zichtbaarheid van mentale problemen in de samenleving, en het gegeven dat mensen vaker hulp zoeken.

Eén specifieke groep stoornissen baart zorgen, zowel vanuit maatschappelijk als vanuit klinisch oogpunt, met name de externaliserende stoornissen die voorkomen bij 12% (Bruffaerts et al., 2024). Hiermee wordt een breed scala aan stoornissen bedoeld, met specifieke klinische problemen zoals eetproblemen, niet-suïcidaal zelfverwondend gedrag, agressiegerelateerde problemen en impulsief gedrag.

Deze externaliserende problemen verschillen fundamenteel van internaliserende psychische problemen zoals angst of depressie, die vooral affectieve gevoelsstoornissen zijn met een primaire gevoelscomponent voor de persoon in kwestie. Bij externaliserende stoornissen staat primair niet het gevoelsleven centraal, maar vooral impulsgerelateerd en naar buiten gericht gedrag. Deze stoornissen ontstaan vaak op jongere leeftijd, mensen die eraan lijden zoeken minder makkelijk hulp en ontwikkelen later in hun leven vaak nog andere comorbide stoornissen. Daarnaast veroorzaken zij doorgaans ook meer overlast voor anderen en voor de maatschappij. Bruffaerts (2021) vestigde daar al de aandacht op. Bij jongeren bleek sprake van een zogenaamd cohorteffect, waarbij de kans op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis groter is in recentere cohorten, de stoornissen zich sneller manifesteren, soms al in het lager onderwijs, en er bovendien een verschuiving optreedt naar meer externaliserende pathologie, zoals impulscontrolestoornissen en drugsverslaving.

1.4.3. Sociale ongelijkheid in psychische gezondheid

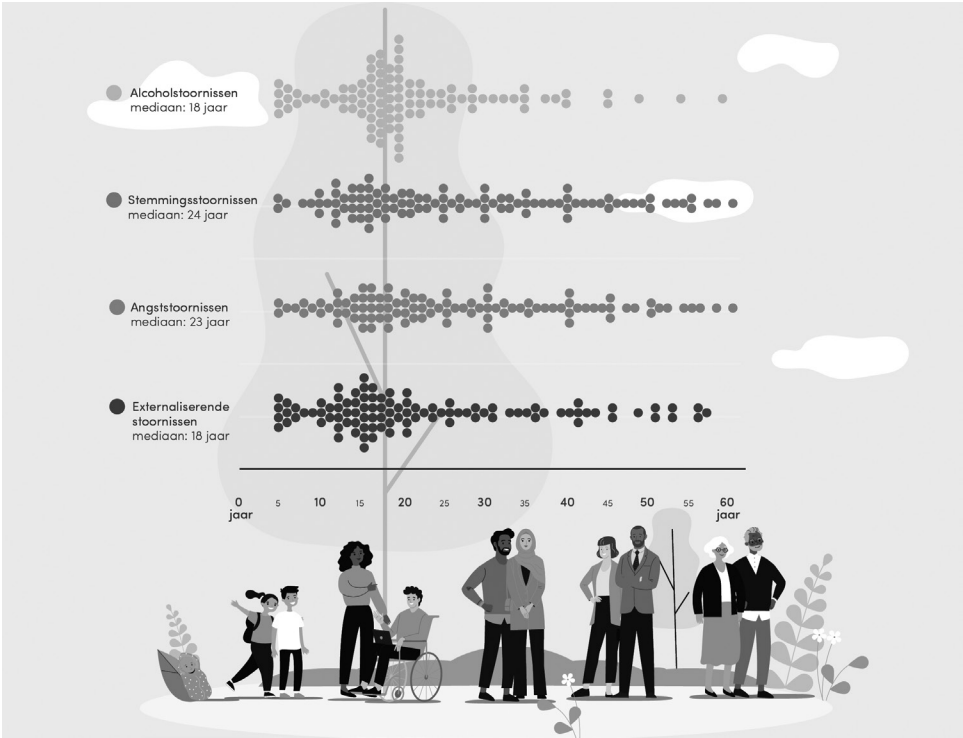
In de verdeling van psychiatrische symptomen en stoornissen in de bevolking is er duidelijk sprake van ongelijkheid (Hengeveld & Van Balkom, 2009). Zo bleek onder meer dat:

- de psychische gezondheid van personen met een lagere sociaaleconomische status (SES) gemiddeld slechter is dan die van mensen met een hogere SES;
- de psychische gezondheid van mensen in een grotere stad gemiddeld wat slechter is dan die van mensen in landelijk gebied;
- alleenstaanden psychisch gezien gemiddeld wat ongezonder zijn;
- de prevalentie van psychiatrische stoornissen hoger is bij jonge dan bij oudere mensen;
- psychiatrische stoornissen even vaak voorkomen bij mannen als bij vrouwen, al zien we bij vrouwen meer angst en depressie en bij mannen meer externaliserende problemen;
- etniciteit zich niet eenduidig laat samenvatten.

In de bevraging van de *Public Mental Health Monitor* werden de specifieke SES-factoren – beroep, opleiding, leefsituatie, financiële problemen en sociale steun – geaggregeerd tot één

SES-variabele die een score gaf voor de sociaaleconomische status van een individu. Bij personen met een lagere SES kwamen psychiatrische stoornissen tot tweemaal vaker voor dan bij personen met een hogere SES. Hoewel zij ook een hogere behandelneed hadden, werden zij in werkelijkheid niet tweemaal vaker behandeld. Dat kan erop wijzen dat de behandelneed nog hoger is bij personen met een lage SES (Bruffaerts et al., 2024).

Dat de prevalentie van psychiatrische stoornissen hoger is bij jonge dan bij oudere personen, is misschien verrassend. De kans dat iemand een psychiatrische stoornis ontwikkelt, is dus niet op elk moment in het leven even groot. De mediane aanvangsleeftijd van psychiatrische stoornissen ligt op 19 jaar. Dat betekent dat stoornissen zich eerder vroeg dan laat in de levensloop ontwikkelen. Het betekent ook dat preventie zich in de eerste plaats moet richten op kinderen en jongeren. In onderstaande Figuur 1.2 zien we de mediane aanvangsleeftijd van de verschillende klassen van stoornissen. Alcoholgebonden stoornissen en externaliserende stoornissen hebben een lage mediane aanvangsleeftijd, met name 18 jaar.



FIGUUR 1.2. Aanvangsleeftijd psychiatrische stoornissen
(Bron: Bruffaerts et al., 2024)