

Mentaliseren onder druk

Wat kan het betekenen in de acute GGZ?

Acute GGZ

Bas Brendel • Conceptartikel

• EEN SITUATIE UIT DE PRAKTIJK illustratief voorbeeld

Een patiënt op de HIC wil naar buiten, maar dat kan vanwege de actuele veiligheidsafspraken niet. De patiënt wordt boos, begint te schreeuwen en voelt zich niet serieus genomen. De verpleegkundige ervaart het gedrag als bedreigend en reageert steeds zakelijker. Voor de patiënt bevestigt die reactie dat niemand luistert.

Binnen enkele minuten loopt de spanning verder op. Beide partijen voelen zich onbegrepen.

Dit soort interacties maakt duidelijk hoe belangrijk het is om in de acute GGZ ook aandacht te hebben voor wat er tussen mensen gebeurt. We beoordelen symptomen, suïcidaliteit, risico's en de noodzaak van behandeling. Tegelijkertijd heeft een crisis voor de patiënt een persoonlijke betekenis, die niet altijd direct zichtbaar is.

Mentaliseren kan helpen om die betekenis te begrijpen en om contact te herstellen wanneer dat onder druk komt te staan.

Wat gebeurt er met mentaliseren tijdens een crisis?

Mentaliseren is het vermogen om ons eigen gedrag en dat van anderen te begrijpen vanuit gevoelens, gedachten, wensen en intenties. Daarbij houden we rekening met het feit dat we nooit precies kunnen weten wat een ander denkt of bedoelt.

Onder hoge spanning kan dat vermogen tijdelijk verminderen. Iemand die zich afgewezen voelt, kan er volledig van overtuigd raken dat de ander hem daadwerkelijk afwijst. Een blik,

opmerking of beslissing wordt dan al snel geïnterpreteerd als bewijs.

Ook als hulpverlener kun je hierin terechtkomen. Wanneer een patiënt herhaaldelijk om opname vraagt, kan de gedachte ontstaan dat iemand probeert een opname af te dwingen. Misschien speelt die behoefte aan bevestiging of nabijheid inderdaad een rol. Maar mogelijk is iemand ook daadwerkelijk bang zichzelf iets aan te doen, voelt de thuissituatie onveilig of ontbreekt passende zorg.

Zodra we overtuigd raken van onze eigen interpretatie, wordt het lastiger om nog andere verklaringen te onderzoeken.

Een belangrijk uitgangspunt van MBT (Mentalization-Based Treatment) is daarom de *niet-wetende houding*. Dat betekent dat je nieuwsgierig blijft naar de beleving van de ander en bereid bent je eigen aannames bij te stellen.

Begin bij wat er gebeurt

Stel dat een patiënt tijdens een crisisbeoordeling zegt:

'Jullie willen me gewoon weg hebben.'

Je kunt uitleggen dat dit niet de bedoeling is. Maar de kans bestaat dat je daarmee voorbijgaat aan wat de patiënt op dat moment ervaart.

Een andere reactie is:

'Ik merk dat u het gevoel heeft dat we u weg willen hebben. Wat gebeurde er waardoor u dat dacht?'

Misschien vertelt de patiënt dat je tijdens het gesprek naar een collega keek. Voor jou was dat een vanzelfsprekend moment van overleg. Voor de patiënt voelde het alsof de beslissing al genomen was.

Door dit te bespreken, ontstaat er ruimte om het misverstand te herstellen. Je kunt uitleggen waarom je naar je collega keek en tegelijkertijd erkennen dat dit anders

overkwam.

Dat vraagt soms ook om het erkennen van je eigen aandeel. Misschien ging je te snel naar oplossingen, stelde je te veel vragen of was je onvoldoende duidelijk over het verloop van het gesprek.

Juist in de acute GGZ, waar spanning en onzekerheid vaak groot zijn, kan zo'n kleine herstpoging belangrijk zijn.

Van incident naar crisisformulering

Een andere praktische toepassing is het gezamenlijk reconstrueren van het crisisverloop.

Tijdens een crisis richten we ons vaak op de directe aanleiding: een ruzie, dreigende zelfbeschadiging, middelengebruik of een conflict op de afdeling. Maar wat gebeurde er precies voordat de situatie escaleerde?

Ik vind het belangrijk om daarbij ook te kijken naar de betekenis die iemand aan een gebeurtenis geeft.

Een paar eenvoudige vragen kunnen helpen:

- Wat gebeurde er vlak voordat de spanning opliep?
- Wat dacht je op dat moment dat de ander bedoelde?
- Wat voelde je, en waar merkte je dat aan in je lichaam?
- Kon je toen nog andere verklaringen bedenken?
- Wat deed je vervolgens en hoe reageerde de omgeving?

Soms wordt zichtbaar hoe een situatie zichzelf versterkt.

Iemand krijgt geen reactie op een bericht en voelt zich afgewezen. De spanning loopt op, waarna meerdere berichten worden gestuurd. De ander voelt zich onder druk gezet en neemt afstand. Dat versterkt vervolgens het oorspronkelijke gevoel van afwijzing.

Door dit samen te onderzoeken, kan iemand beter gaan herkennen wanneer de spanning oploopt en wat op een eerder moment zou kunnen helpen.

Een dergelijke crisisformulering hoeft niet uitgebreid te zijn. In de crisisdienst is daar meestal ook geen tijd voor. Het gaat om een voorlopige werkhypothese die aansluit bij de beleving van de patiënt en richting geeft aan de volgende stap.

Daarbij moeten we blijven onderzoeken of onze verklaring klopt. Een conflict kan bijvoorbeeld samenhangen met eerdere ervaringen van afwijzing, maar ook met een daadwerkelijk geschonden afspraak, slaapttekort, middelengebruik of een onveilige thuissituatie.

Mentaliseren vraagt ook iets van het team

Mentaliserend werken is wat mij betreft niet voorbehouden aan individuele behandelgesprekken.

Op een HIC kunnen patiënten en hulpverleners gedurende een opname terechtkomen in terugkerende interactiepatronen. Een patiënt voelt zich niet gehoord, het team gaat strakker begrenzen en de patiënt ervaart vervolgens nog meer afwijzing.

Juist dan is het zinvol om met elkaar te onderzoeken wat er gebeurt.

Wat maakt dat we zo op deze patiënt reageren? Welke verwachtingen hebben we gekregen? Wat doet onze manier van communiceren met het contact? En zijn we het als team eigenlijk nog eens over wat er nodig is?

De psycholoog kan hierin bijdragen door patronen te helpen herkennen, een gezamenlijke crisisformulering op te stellen en ruimte te bieden voor teamreflectie. Maar ook verpleegkundigen, SPV'en, psychiaters en andere betrokken disciplines gebruiken mentaliserende vaardigheden in hun dagelijkse contacten.

Binnen IHT biedt het herhaaldelijke contact in de thuissituatie weer andere mogelijkheden. Je kunt samen met de patiënt en naasten onderzoeken welke situaties spanning oproepen, hoe betrokkenen op elkaar reageren en wanneer het lukt om escalatie te voorkomen.

Het vraagt steeds om afstemming op de situatie en de mogelijkheden van de patiënt.

En hoe zit het met veiligheid?

Bij ernstige ontregeling is uitgebreid reflecteren lang niet altijd mogelijk.

Iemand die sterk geagiteerd, psychotisch ontregeld, geïntoxiceerd of gedissocieerd is, heeft soms vooral behoefte aan rust, duidelijkheid, bescherming en passende medische of psychiatrische zorg.

Ook bij suïcidaliteit en zelfbeschadiging blijft een zorgvuldige veiligheidsbeoordeling noodzakelijk. Onderzoeken welke betekenis of functie suïcidale gedachten of zelfbeschadiging voor iemand hebben, kan aanvullende informatie geven. De actuele intentie, omstandigheden, mogelijkheden tot bescherming en noodzakelijke zorg moeten afzonderlijk worden beoordeeld.

Mentaliseren vraagt dus ook om inschatten wanneer iemand voldoende ruimte heeft om over zichzelf en anderen na te denken.

Soms is de meest passende interventie een gesprek vertragen, een prikkelarme omgeving aanbieden of eenvoudig uitleggen wat er gaat gebeuren.

Wat weten we uit onderzoek?

MBT is vooral onderzocht als langdurige behandeling bij mensen met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek. Verschillende studies laten gunstige uitkomsten zien, al zijn er ook belangrijke methodologische beperkingen.

Over mentaliserend werken binnen de acute psychiatrie weten we aanzienlijk minder.

Er zijn klinische beschrijvingen van MBT-informed crisiszorg en onderzoeken naar scholing van professionals. Daarbij worden onder andere verbeteringen in kennis, houding en reflectieve vaardigheden beschreven. Of deze werkwijze daadwerkelijk leidt tot minder suïcidaliteit, dwang of heropnames, is vooralsnog onvoldoende aangetoond.

Het is daarom belangrijk onderscheid te maken tussen een volledig MBT-behandelprogramma en het toepassen van mentaliserende principes tijdens een

crisiscontact.

De praktische waarde van deze benadering ligt voor mij vooral in het zorgvuldig onderzoeken van wat er gebeurt, zowel bij de patiënt als in het contact met hulpverleners en naasten.

10. Werkkaart en Acute MBT App

Zes vragen om bij de hand te houden

MBT-INFORMED WERKKAART

6 vragen

- 1. Veiligheid:** wat moet nu worden beoordeeld of direct gebeuren?
- 2. Contact:** hoeveel spanning is er en lukt het nog om samen na te denken?
- 3. Betekenis:** welke gebeurtenis werd voor deze patiënt zo beladen?
- 4. Perspectief:** wat weten we echt, wat vullen we in en wat herkent de patiënt zelf?
- 5. Onze reactie:** wat gebeurt er bij mij en in het behandelteam?
- 6. Vervolg:** welke eerstvolgende stap, veiligheidsafspraken en overdracht zijn nodig?

De vragen zijn geen verplichte volgorde. Bij acute dreiging, verlies van contact of sterke desorganisatie ga je terug naar veiligheid, oriëntatie en passende zorg.

Een digitale denkhulp

De Acute MBT App van Levenswerk GGZ helpt professionals reflecteren op mogelijke niet-mentaliserende patronen, de eigen behandelreactie en korte, bruikbare interventiezinnen. De app is bedoeld als MBT-informed reflectiehulpmiddel, niet als gevalideerd diagnostisch instrument of als vervanging van klinische besluitvorming, veiligheidsplanning of EPD-registratie. Voer geen herleidbare patiëntgegevens in de publiek toegankelijke app in.

Acute MBT App

Reflecteer op wat er tussen patiënt, hulpverlener en team gebeurt. Als aanvulling op je eigen klinische oordeel.

[Open de Acute MBT App ↗](#)

Privacy: voer geen direct of indirect herleidbare patiëntgegevens in.

De belangrijkste gedachte achter zowel de app als deze pagina is eenvoudig: ook tijdens een crisis kunnen we proberen de mens achter het gedrag te blijven zien, zonder de ernst of de noodzaak van medische en veiligheidszorg te onderschatten.

Tot slot

In de acute GGZ moeten we regelmatig belangrijke beslissingen nemen met beperkte informatie en onder tijdsdruk. Dat maakt het verleidelijk om snel conclusies te trekken over gedrag en achterliggende motieven.

Mentaliserend werken helpt om daar kritisch op te blijven.

We hoeven een crisis niet volledig te begrijpen om passende zorg te bieden. Wel kunnen we proberen om samen met de patiënt te onderzoeken wat er gebeurde, hoe de spanning opliep en wat kan helpen om opnieuw enige grip te krijgen.

En misschien is dat wel een van de belangrijkste uitgangspunten: nieuwsgierig blijven naar de ander, juist wanneer het contact moeilijk wordt.

Dit artikel is gebaseerd op mijn hoofdstuk 'Mentaliseren onder druk: MBT-informed werken in crisisdienst, IHT en klinische acute psychiatrie', geschreven voor het handboek Psychologen in de acute GGZ.

Bronnen en verantwoording

Dit artikel combineert oorspronkelijke MBT-theorie (met name Bateman & Fonagy, 2016), een direct op spoedzorg gericht hoofdstuk (Bateman e.a., 2023), empirische studies naar scholing en bredere behandelprogramma's, en een eigen praktijkvertaling naar de Nederlandse crisisdienst, IHT, HIC en acute opname. Het Geneefse TBM-Crise is één concreet voorbeeld, niet het kader waaruit alle interventies rechtstreeks zijn afgeleid. De fictieve voorbeelden, gespreksschema's en werkkaart zijn educatief en niet als zelfstandige acute MBT-interventie gevalideerd.

1. Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press. [Uitgeverspagina](#).
2. Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). Mentalizing and Emergency Care. In *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*. [Cambridge University Press](#).
3. Welstead, H. J., Patrick, J., Russ, T. C., et al. (2018). Mentalising skills in generic mental healthcare settings: can we make our day-to-day interactions more therapeutic? *BJPsych Bulletin*, 42(3), 102–108. [DOI: 10.1192/bjb.2017.29](#).
4. Jørgensen, M. S., Høgenhaug, S. S., Sharp, C., & Bo, S. (2025). Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: State-Of-The-Science and Future Directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(4), e70120. [DOI: 10.1002/cpp.70120](#).
5. Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 623–633. [DOI: 10.1111/jpm.12248](#).
6. Patrick, J., Gallagher, B., Hicks, D., et al. (2026). Interpersonal skills training for the emergency department – exploring a mentalizing approach. *Emergency Care Journal*, 22, 14344. [DOI: 10.4081/ecj.2026.14344](#).
7. Greiner, C., de Nérès, M., Besch, V., Debbané, M., Poulet, E., & Prada, P. (2020). *Intervention pour crise suicidaire basée sur la mentalisation*. [Congresposter](#).
8. Greiner, C., Debbané, M., Besch, V., & Prada, P. (2022). TBM-Crise : intervention hospitalière brève basée sur la mentalisation. *Santé mentale au Québec*, 47(2), 221–233. [DOI: 10.7202/1098902ar](#).
9. Greiner, C., Guillot, A., Jordan, V., et al. (2023). Prise en charge de la crise suicidaire : mentaliser en équipe. *Revue Médicale Suisse*, 19(814), 319–323. [DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.814.319](#).
10. Greiner, C., Huber, J., Prada, P., & Large, M. (2025). Beyond risk: rethinking hospitalization for suicidal individuals. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1684927. [DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1684927](#). *Opiniestuk*.
11. Saccaro, L. F., Giff, A. E., Parincu, Z., et al. (2026). Emotion regulation-targeted interventions initiated during hospitalization for suicidal crisis: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 403, 121375. [DOI: 10.1016/j.jad.2026.121375](#). *Brede review, niet specifiek MBT*.
12. Anna Freud. *Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment (AMBIT)*. [Openbare AMBIT-manual](#).
13. Van Duursen, R., Hengstmengel, M., Knapen, S., & Savian-van Roekel, M. (red.) (2024). *AMBIT in de praktijk*. Hogrefe. [Boekbeschrijving](#). *De volledige boektekst is niet ingezien*.
14. NICE (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*, NG225. [Aanbevelingen](#). *Veiligheids- en beoordelingskader, geen MBT-effectstudie*.