

Samenvatting

AMBIT is een op mentaliseren gebaseerde methode ontwikkeld door het Anna Freud Center in Londen. De methode is oorspronkelijk ontwikkeld voor moeilijk bereikbare jongeren met complexe problematiek, waaronder psychiatrische problemen. AMBIT is gebaseerd op de hechtingstheorie en legt de nadruk op het bouwen van relaties, niet alleen tussen de *key worker* en de patiënt, maar ook met diens netwerk en team. De AMBIT-werkwijze biedt de mogelijkheid om systematisch samen te werken met andere netwerkpartners. De focus ligt niet alleen op de patiënt en zijn symptomen, maar heeft oog voor de bredere context rondom een patiënt. Het beoogt daarmee niet alleen het mentaliseren van een patiënt te stimuleren, maar van hele systemen rondom een patiënt en in en om het AMBIT-team. AMBIT is eerder een werkwijze dan een therapie. Het promoot evidence-based behandelingen, maar heeft ook expliciet aandacht en ruimte voor lokale 'evidence' van een team.



Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- > bent u bekend met de term epistemisch vertrouwen;
- > bent u bekend met de AMBIT-methode en de meerwaarde ervan;
- > hebt u inzicht in de onderdelen van het 'AMBIT-wiel';
- > weet u waar u belangrijke informatie over AMBIT kunt vinden;
- > kent u enkele AMBIT-tools.

Trefwoorden:

AMBIT; mentaliseren; EPA; epistemisch vertrouwen

Saskia Knapen

S. Knapen, psychiater AMBIT Zeist; inhoudelijk leidinggevende Altrecht Persoonlijheidsstoornissen

AMBIT: naar mentaliserende systemen¹

Inleiding

Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT) is ontwikkeld door het Anna Freud Centre in Londen voor moeilijk te bereiken jongeren met ernstige en complexe problemen, waaronder psychiatrische problemen. AMBIT is gebaseerd op de hechtingstheorie en legt de nadruk op het bouwen van sterke relaties, niet alleen tussen de *key worker* en de patiënt, maar ook met zijn/haar netwerk en binnen het behandelteam zelf. De werkwijze focust niet alleen op de patiënt en diens symptomen, maar heeft oog voor de ruimere context rondom de patiënt. AMBIT is meer een werkwijze dan een 'therapie' en promoot zowel evidence-based werken als respect voor de lokale expertise in en rondom een team. Doordat mentaliseren de spil is waarom het AMBIT-wiel draait, leidt dit niet alleen tot een verbetering van het mentaliseren van de patiënt, maar ook dat van de omgeving, zowel die van de patiënt als de omgeving van het behandelteam. Op die manier leidt AMBIT tot het verbeteren van mentaliseren van hele systemen. Na een theoretische onderbouwing wordt de methodiek in dit artikel

¹ Deze nascholing is een bewerking van Knapen S. AMBIT als antwoord op wijkgericht werken. GZ-Psychologie 2017;9(5):17-21.

toegelicht aan de hand van een casus uit de dagelijkse klinische praktijk van een AMBIT-team.

Moeilijk bereikbare mensen: EPA-persoonlijkheidsstoornissen

AMBIT is een op mentaliseren gebaseerde werkwijze,¹⁻⁴ oorspronkelijk ontwikkeld voor moeilijk bereikbare jongeren met ernstige en complexe problemen, waaronder psychiatrische problemen. De werkwijze blijkt echter net zo goed toepasbaar bij volwassenen. Net als deze jongeren zijn mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) vaak zwaar gedesillusioneerd geraakt over de hulpverlening en maken daarom weinig gebruik van de mogelijkheden die ze aangeboden krijgen om hun leven weer op de rails te zetten. Zeker bij EPA-persoonlijkheidsstoornissen is er sprake van 'epistemisch wantrouwen',⁵ waardoor deze patiënten niet of slecht profiteren van reguliere behandelvormen en buiten de boot vallen.⁶⁻⁸

Epistemisch vertrouwen verwijst naar de mate waarin iemand durft te vertrouwen dat door een ander aangeboden (vooral sociale) informatie betrouwbaar is, generaliseerbaar en relevant voor iemand zelf. Wantrouwen van sociale informatie leidt tot een onvermogen om te leren van sociale situaties en daarmee tot rigiditeit en afgesloten zijn.

De omgang met mensen met een persoonlijkheidsstoornis roept vaak heftige emotionele reacties op bij hulpverleners of naastbetrokkenen. Dit geldt zeker voor de groep met EPA-PS, waar interactieproblemen en heftig destructief gedrag vaak op de voorgrond staan. Deze heftige emoties leiden ertoe dat de (behandel)relatie met deze mensen onder druk komt, waardoor de omgang of de behandeling wordt bemoeilijkt. Het kunnen delen en begrijpen van deze emotionele reacties (mentaliseren) is daarom van groot belang om de relatie met deze mensen te kunnen behouden.

Ondersteuning van het mentaliserend vermogen van de therapeut is daarom gewenst. Dat is bijvoorbeeld mogelijk met kennis (psycho-educatie en richtinggevend psychotherapeutisch kader), maar vooral door het samen te doen, zoals door een *shared caseload*, maar ook door samenwerking met ketenpartners en het erbij betrekken van naasten. Ondanks onze inspanningen gebeurt dat toch niet systematisch genoeg, blijkt uit de recente ontwikke-

lingen op het gebied van wijkgericht en regionaal werken. Het is herkenbaar dat hoe moeilijker een patiënt bereikbaar is en hoe complexer de problematiek, hoe meer instanties betrokken lijken te zijn. Deze werken alle volgens hun eigen theoretische modellen, wat verwarrend is voor patiënten en hun omgeving. Interventies vanuit al deze verschillende instanties zijn slecht op elkaar afgestemd of soms regelrecht tegenstrijdig. Ook belangen zijn vaak tegenstrijdig en soms verdwijnt het belang van de patiënt hierdoor uit zicht. Elkaar tegenwerkende instanties zijn desastreuus voor het toch al kwetsbare vertrouwen van deze gedesillusioneerde patiënten en vergroten het wantrouwen. Als reactie hierop zijn bewegingen als de 'nieuwe GGZ' en wijkgericht werken ontstaan. Deze propagieren een paradigmaverschuiving van symptoomgericht naar herstelgericht en interventies in de directe omgeving van de patiënt, in plaats vanuit de ivoren torens van de grote GGZ-instellingen.

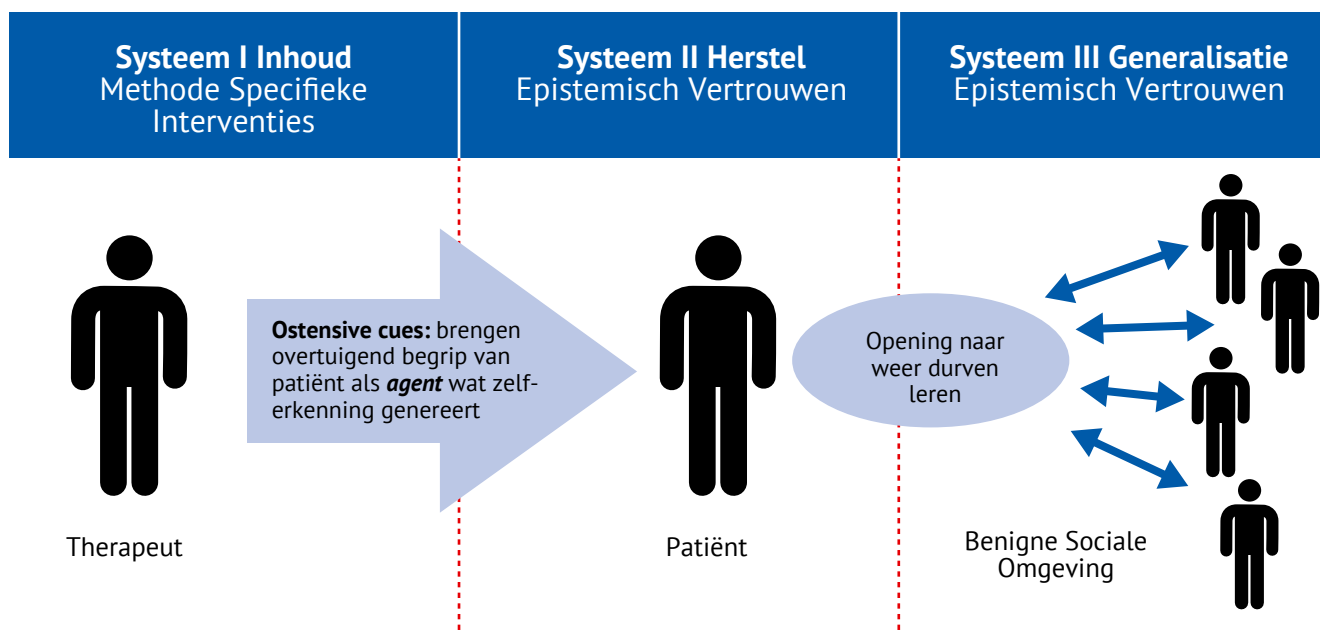
Epistemisch vertrouwen

Veel mensen met EPA-PS hebben te maken gehad met een onveilige omgeving. Aversieve ervaringen, zoals mishandeling en misbruik, maar vooral verwaarlozing, zijn vernietigend voor het vertrouwen.^{5,9-11} Deze ervaringen hebben dikwijls niet alleen in de jeugd plaatsgevonden, maar regelmatig ook tijdens behandelingen in de GGZ (denk aan gedwongen opnames, separaties, veel wisselende behandelaren, vaak doorverwezen worden).

Aversieve ervaringen vernietigen de capaciteit om in vertrouwen van anderen te durven leren,⁵ waardoor er sprake is van rigiditeit in het vermogen om oude destructieve manieren op te geven en alternatieve gezondere manieren aan te leren. Patiënten zijn moeilijk te bereiken en lijken maar niet te willen veranderen, maar feitelijk durven zij niet te vertrouwen op de waarachtigheid van wat hen geboden wordt. Dit leidt tot ernstige problemen in de behandeling.

Het wantrouwen heeft veel patiënten geholpen te overleven in een onveilig milieu. Je zou het dus eigenlijk als een kracht kunnen zien in plaats van een zwakte en daarom is het misschien ook wel zo moeilijk te veranderen.

Door epistemisch wantrouwen kunnen patiënten moeilijk aannemen wat hun in therapie aangeboden wordt. Ze gaan snel uit van kwaadgezinde intenties van de ander, waardoor ze vaak in een interne strijd verkeren wie vertrouwd kan worden. Therapie-interfererend gedrag lijkt



Figuur 1 Systemen van verandering (Fonagy¹²)(eigen vertaling)

een uiting te zijn van dit onderliggende probleem met het (epistemisch) vertrouwen. Patiënten zijn vaak door lange voorgeschiedenissen in de GGZ gedesillusionieerd geraakt en twijfelen of verandering voor hen nog echt mogelijk is. Patiënten zijn overigens niet de enigen die therapie-interfererend gedrag vertonen. Ook behandelaren dragen bij aan epistemisch wantrouwen, door te opereren vanuit bijvoorbeeld tegenoverdachtsgevoelens en het slecht mentaliseren van eigen motieven en gevoelens. Een vooral op beheersing gerichte behandelcultuur – bijvoorbeeld vooral gericht op het vermijden van risico's bij (chronische) suïcidaliteit of destructief gedrag – gaat voorbij aan de beleving en behoeften van een patiënt, waardoor deze het vertrouwen verder negatief beïnvloedt. Aversieve ervaringen worden helaas niet alleen in de kindertijd opgedaan, maar ook in behandelingen in de GGZ. Denk aan gedwongen opnames of vele doorverwijzingen.

Systemen van verandering

Fonagy^{5,9,12} stelt dat er drie systemen van verandering zijn. Het eerste systeem is methode-specifiek en is gericht op het genereren van vertrouwen. Deze fase is te vergelijken met de commitmentfase in behandelingen. De duur van deze fase is afhankelijk van de ernst van het epistemisch wantrouwen. In deze fase staan in de AMBIT-werkwijze dikwijls concrete sociale (psychiatrische) interventies op de voorgrond. Deze sluiten vaak beter aan bij de wensen

van moeilijk bereikbare mensen en bieden daardoor een unieke kans om vertrouwen te laten groeien.⁵

In het tweede systeem vindt herstel van het epistemisch vertrouwen plaats. De patiënt ziet zich herkend als een apart en intentioneel zelf, doordat systematisch wordt gementaliseerd over zijn binnenwereld. De gevoelens van de patiënt worden gemarkeerd gespiegeld oftewel 'begrepen'. Doordat de therapeut informatie presenteert als 'persoonlijk relevant' voor de patiënt, is die in staat om te luisteren en te horen. Daardoor gaat hij/zij openstaan voor wat hij van de behandeling kan leren, de inhoud van de behandeling.

Dit is de overgang naar de (derde) fase, waarin patiënten 'vatbaar' zijn voor verandering. 'Begrepen worden' binnen een therapeutische relatie brengt verandering in eerdere rigide gehanteerde overtuigingen. Binnen deze therapeutische context wordt het vertrouwen in interpersoonlijke relaties hersteld, zodat de patiënt kan openstaan voor nieuw begrip van sociale situaties. De patiënt kan (weer) leren van anderen en daarmee steeds meer ervoor openstaan om zijn eigen rigide overtuigingen over anderen bij te stellen. Patiënten gaan sociale situaties goedaardiger beleven, waardoor hun kennis over zichzelf en anderen bijgesteld wordt. Als patiënten in hun eigen sociale situatie positieve interpersoonlijke ervaringen opdoen en de ervaring met relaties verbeterd wordt, katalyseert het epistemisch vertrouwen en erodeert het wantrouwen. De

verandering wordt dus vooral bewerkstelligd door wat buiten de therapie geleerd wordt, in de eigen sociale omgeving. De therapie zal dus meer succesvol zijn naarmate de omgeving van de patiënt meer goedaardig is en interventies zoveel mogelijk plaatsvinden in de context van positief betrokken familie en naasten.

Dit is de derde en laatste fase die Fonagy beschrijft in zijn model voor systemen van verandering. Het epistemisch vertrouwen is hersteld, waarbij iemand niet alleen weer durft te leren van anderen, maar ook beter onderscheid kan maken tussen mensen die wel en die niet te goeder trouw zijn. Er is meer vertrouwen in het eigen oordeel. Door de gerichtheid van AMBIT op de omgeving, naast de patiënt, kan het geleerde in de therapie beter generaliseren naar de omgeving. Doordat niet alleen psychiatrische problemen centraal staan, maar ook andere levensdomeinen, zoals wonen, werk en opleiding, aandacht krijgen, staat de patiënt centraal in plaats van zijn ziekte. Het past daardoor erg goed bij de ontwikkeling van herstelgericht werken. De AMBIT-werkwijze biedt hierdoor een belangrijke meerwaarde, iets wat met psychotherapie alleen niet mogelijk is. Het leidt tot verbetering van mentaliseren van systemen, wat de generalisatie van het geleerde naar de omgeving katalyseert, doordat de omgeving hierdoor goedaardiger wordt en het geleerde dus een betere voedingsbodem heeft.

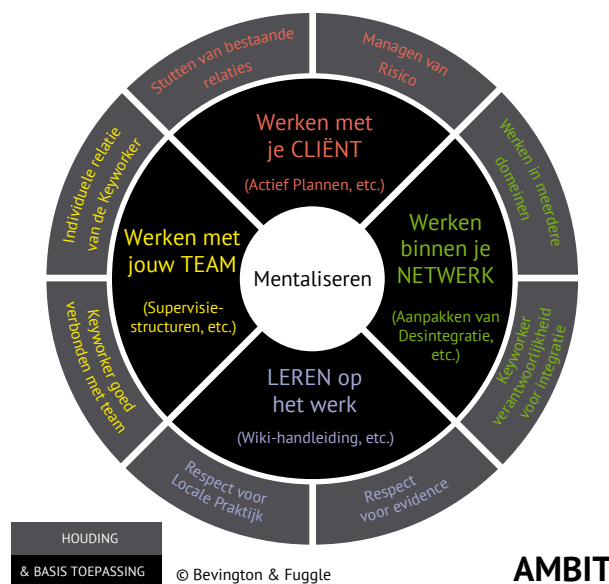
AMBIT-werkwijze

AMBIT is eerder een teamaanpak dan een therapie, waarin gestreefd wordt naar zoveel mogelijk evidence-based methoden, maar waar ook expliciet aandacht is voor lokale omstandigheden.¹³

AMBIT is gebaseerd op de hechtingstheorie^{2,4} en legt sterk de nadruk op het bouwen van relaties, niet alleen tussen de hulpverlener en de patiënt, maar ook met zijn netwerk en met het team. Het is geen individuele therapie, maar een teambenadering. Hierin heeft deze werkwijze sterke gelijkenissen met F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment).

Inmiddels zijn er in Engeland, Schotland, Spanje, Australië, Zwitserland en de Verenigde Staten meer dan 25 teams werkzaam volgens de AMBIT-methode. Altrecht was de eerste instelling wereldwijd waar de methode ook is toegepast bij moeilijk bereikbare *volwassenen*. Inmiddels krijgt dit ook in de rest van Nederland veel navolging.

Het AMBIT-wiel



Figuur 2 Het AMBIT-wiel.

Het AMBIT-wiel bestaat uit vier verschillende domeinen, die alle even belangrijk worden geacht voor de werkwijze:

1. werken met je patiënt;
2. werken met je team;
3. werken met je netwerk;
4. leren op het werk.

De aandacht wordt niet alleen gericht op de patiënt, maar gelijk verdeeld over de andere domeinen. Hierbij staat een mentaliserende houding centraal. Dat houdt een open, nieuwsgierige houding in naar het begrijpen van gedrag van jezelf en anderen als resultante van mentale toestanden zoals gevoelens, wensen, intenties etc.

De vier domeinen van AMBIT^{1-4,13}

Domein 1: Werken met je cliënt/patiënt

- versterken van bestaande relaties;
- managen van risico's.

Het vergroten van epistemisch vertrouwen is, terwijl je ook risico's managet en grenzen stelt, de grootste uitdaging in dit domein. Alle interventies zijn erop gericht epistemisch vertrouwen te vergroten of worden tenminste overwogen met dit doel in ogen. Aansluiten bij de vraag van de patiënt en oprecht proberen de wereld vanuit zijn/haar gezichtspunt te begrijpen zijn daarvoor essentieel, inclu-

sief de erkenning dat wantrouwen vanuit het perspectief van de patiënt begrijpelijk is en hem/haar heeft geholpen te overleven.

De hulpverlener binnen AMBIT wordt *key worker* genoemd. Deze is slechts zo lang als nodig aanwezig in het systeem van de patiënt en is er op gericht tools aan te reiken die de patiënt nodig heeft voor herstel en volwaardig burgerschap. Het versterken van gezonde bestaande relaties is een belangrijke manier om steun te genereren, zodat patiënten bijvoorbeeld psychotherapeutische behandeling beter kunnen volhouden. Het helpt de omgeving van een patiënt 'goedaardiger' te maken en bouwt zo aan een stevig 'therapeutisch web' rondom een patiënt (<https://www.youtube.com/watch?v=iL7O3LfU4hk>). Een netwerk waarop hij/zij kan terugvallen, dat daarmee veerkracht geeft en bij hem/haar blijft wanneer de hulpverlening zich weer terugtrekt.

Moelijk bereikbare mensen en zeker mensen met EPA-PS vertonen vaak ernstig destructief gedrag. Het managen van de risico's van dit gedrag is uiteraard een belangrijk onderdeel van de behandeling. De nadruk ligt hier op het begrijpen van het gedrag in plaats van het beheersen om bekrachtiging van dit gedrag te voorkomen.^{14,15} Dit kan soms, het doel van genereren van epistemisch vertrouwen in ogenschouw nemend, een behoorlijke en gevoelsmatig tegenstrijdige uitdaging zijn.

Binnen het domein van werken met uw cliënt, hoeft niet per se *Mentalization Based Treatment* te worden aangeboden, alleen een *mentaliserende houding* staat centraal. Er wordt aangeboden wat werkt voor de betreffende problematiek van de patiënt. Dat kan MBT of welke andere evidence-based (EVB-)psychotherapie in het geval van een persoonlijkheidsstoornis zijn, maar ook financiële hulp bij schulden of het regelen van een woning of het volgen van een opleiding. Het is belangrijk daarbij aan te sluiten bij de vraag van de patiënt en echt zorg op maat te bieden. Dit lijkt een open deur, maar helaas bepaalt de hulpverlener al te vaak te veel eenzijdig waaraan gewerkt gaat worden. Het doen van het AIM-spel (zie kader) om de hulpvraag, maar ook de veerkracht van de patiënt in kaart te brengen en 'active planning', oftewel doelgericht behandelen, zijn daarbij waardevolle AMBIT-tools die een *key worker* kan inzetten.⁴

Het AIM kaartspel is een manier om zowel de problemen als de sterke kanten van een patiënt in kaart te brengen. Het samen 'spelen' draagt bij aan groei van het vertrouwen (zie <https://manuals.annafreud.org/ambit/> en vul in het zoekvenster 'AIM cards' in).

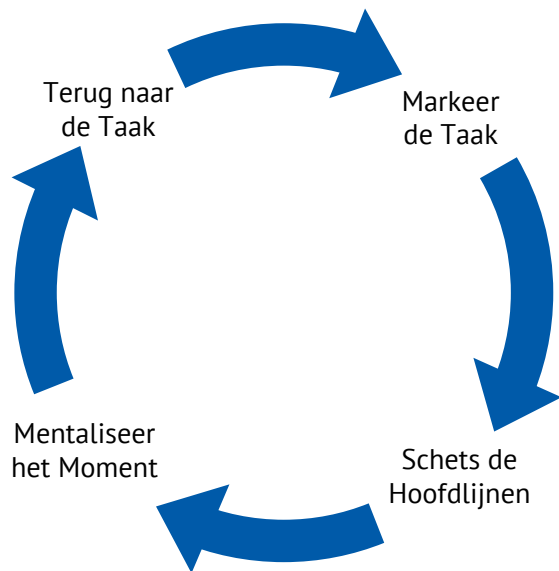
Casus Gaby

Gaby is een 30-jarige intelligente vrouw die pedagogisch verwaarloosd is en al vele mislukte behandelingen achter de rug heeft. Haar vertrouwen in de hulpverlening is hierdoor ernstig beschadigd. Zij is regelmatig ernstig suïcidaal, extreem impulsief met ook extreem snel wisselende stemmingen. Haar affectieve stormen zijn als een TGV-trein en zijn nauwelijks bij te benen. Zij wisselt tussen periodes met veel destructief gedrag en periodes waarin zij 'vlucht in gezondheid' en zich vooral richt op werk en productiviteit, wat zij vervolgens niet volhoudt, waarna zij weer terugvalt in ernstige suïcidaliteit. Ten aanzien van het destructieve gedrag wordt beleid met afgewogen risico gevolgd.¹⁵ Langzamerhand komt er wel zicht op en overeenstemming over dit patroon en ontstaat er door diverse sociaalpsychiatrische interventies ook iets van vertrouwen, maar haar stormen verbaal mentaliserend begrijpen binnen psychotherapie roept veel weerstand op, doordat hierdoor veel oude pijn geraakt wordt. Gaby komt daarom meestal niet opdagen voor de psychotherapie. We komen erachter dat een non-verbale benadering beter aansluit bij Gaby. Hierna gaan we over tot letterlijk lopende psychotherapie in het bos achter de instelling. Door het tempo te variëren proberen we de TGV-trein te vertragen, te stoppen en terug te kijken. Als het te dichtbij komt, kan Gaby dit aangeven door fysiek meer afstand te nemen. Met deze werkwijze proberen we binnen onze mogelijkheden zo dicht mogelijk aan te sluiten bij wat Gaby nodig lijkt te hebben.

Domein 2: Werken met je team

- individuele relatie met de *key worker*;
- *key worker* goed verbonden met het team.

Investeren in een betekenisvolle hechtingsrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt is een belangrijke voorwaarde voor het ontwikkelen van vertrouwen. De hulpverlener in kwestie moet goed getraind zijn in het bieden van een mentaliserende bevorderende relatie. De *key worker* kan gezien worden als de casemanager in het F-ACT-model. Het is echter best moeilijk een relatie aan te gaan met moeilijk bereikbare mensen. Zij zijn vaak vijandig in het contact of vertonen gedrag (bijvoorbeeld destructief) dat het mentaliserend vermogen van de *key worker* ondermijnt. Hulp wordt afgewezen en interventies zijn vaak niet effectief, hoe goed bedoeld of evidence-based ze ook zijn. Veel hulpverleners die met deze patiënten werken voelen zich angstig en schamen zich daarvoor, vanwege de mis-



Figuur 3 Thinking together.

vatting dat zij zich angstig voelen omdat ze niet goed genoeg zijn voor dit werk.

Het team dient daarom als ondersteuner van het mentaliserend vermogen van de *key worker*. Dit kan door *shared caseload* zoals bij F-ACT, maar ook door supervisie, intervisie en consultatie. Het team staat in eerste instantie rondom de *key worker* en pas in tweede instantie rondom de patiënt. Bij crisis consulteert de *key worker* het team op open wijze in bijzijn van de patiënt, waardoor er een notie ontstaat van een adequaat meedenkende ouder (team) die actief meedenkt en aanwezig is bij crisis. De patiënt leert op die wijze hoe mentaliseren wordt ondersteund en de *key worker* modelleert op deze wijze hoe adequaat hulp gevraagd en geboden kan worden. Van de *key worker* wordt verwacht dat hij openstaat om te mentaliseren over zijn eigen motieven, verwachtingen en gevoelens en hierover transparant is naar patiënten en collega's. Dit gaat op gelijksoortige wijze als het ondersteunen van mentaliseren van patiënten.

In dit domein wordt gebruikgemaakt van de AMBIT-tool *thinking together*.⁴ Dit is een methode om in vier stappen op mentaliserende wijze casuïstiek te bespreken in de daarvoor beschikbare tijd (soms slechts vijf minuten). Door slechts stil te staan bij essentiële informatie wordt voorkomen dat casuïstiekbesprekingen in de 'alsof-modus' (zie kader) belanden. Het doel is altijd het herstel van het mentaliserend vermogen van de inbrenger, waardoor deze weer ruimte heeft om een gementaliseerd helpend plan te bedenken.

In de alsof-modus is de innerlijke ervaring losgekoppeld van de buitenwereld, affect ontbreekt. Deze modus is geassocieerd met leegte en dissociatie. In de alsof-modus is er vooral denken en geen voelen. Dit leidt tot eindeloos 'ouwehoeren' en is daardoor contraproductief.

Casus Gaby (vervolg)

Het impulsieve destructieve gedrag van Gaby roept veel angst op bij andere instanties zoals de politie en de beschermde woonvorm waar Gaby woont. Om de last te verdelen wordt er gewerkt met *shared-caseload* en zijn er verschillende *key workers* en behandelaars betrokken bij Gaby. Zij staan onder grote externe druk om beschermend in te grijpen, terwijl dit direct indruist tegen het beleid met afgevoegen risico. Dit roept veel irritatie op bij de betrokken hulpverleners van het AMBIT-team rondom Gaby. Daarnaast roept het sterk impulsieve gedrag van Gaby en het wegblijven bij afspraken frustratie en machteloosheid op, maar ook angst dat het toch een keer verkeerd zal aflopen met Gaby. Dit beperkt het mentaliserend vermogen van de betrokken hulpverleners. In de intervisie en de teambesprekingen wordt stilgestaan op welke wijze de betrokken hulpverleners zich gesteund kunnen voelen door het team, er wordt met hen meegedacht en stilgestaan bij hoe persoonlijke geschiedenissen soms bijdragen aan gevoelens als angst en machteloosheid. Hierdoor kunnen de betrokken hulpverleners hun mentaliserend vermogen beter herstellen en behouden, waardoor niet-helpende interventies zoveel mogelijk worden voorkomen.

Domein 3: Werken in het netwerk

- werken in meerdere domeinen;
- verantwoordelijk voor integratie.

Binnen dit domein streeft AMBIT ernaar verschillende interventies in verschillende domeinen op elkaar af te stemmen. Dus niet alleen psychiatrische en psychotherapeutische interventies, maar ook op het gebied van wonen, financiën, werk en dergelijke. Soms is een interventie op het gebied van sport of wonen belangrijker dan therapie of medicatie.

Hoe complexer de patiënt, hoe meer instanties dikwijls zijn betrokken. Communicatie is ingewikkeld en gebrekkig (soms ook door privacywetgeving) en daarmee is het gevaar voor misverstanden, conflict en meningsverschil groot. Interventies worden slecht gecoördineerd en vaak

wordt er gewerkt vanuit verschillende onderliggende referentiekaders, die niet bij elkaar bekend zijn en soms ronduit tegengesteld aan elkaar zijn. Dit kan tot verkeerde beeldvorming, angst en rivaliteit leiden. Zeker wanneer er tegengestelde (financiële) belangen zijn, kunnen instanties elkaar soms ronduit tegenwerken en vergeet iedereen dat we daar allemaal zijn met hetzelfde doel en de beste intenties: verbetering van de situatie van de patiënt. Deze toestand wordt bij AMBIT desintegratie genoemd. De patiënt lijkt dan nog de enige verbindende factor te zijn tussen al die instanties en raakt overspoeld, verward, komt in een loyaliteitsconflict en ervaart hulpverleners als niet-helend bij conflicten. Helaas kan deze situatie veel lijken op de vaak onveilige gezinnen van herkomst. Er wordt (weer) een negatieve ervaring opgedaan met de hulpverlening. Vaak hebben patiënten al vanuit hun jeugd ervaring met dit soort desintegratie van hulpverlening. Dit versterkt het al bestaande (epistemische) wantrouwen alleen maar verder en de patiënt raakt gedesillusioneerd en wordt steeds moeilijker bereikbaar.

Bij AMBIT is de *key worker* verantwoordelijk voor het overzicht en de integratie van het netwerk. Ook hier staat weer een mentaliserende houding centraal, waarbij de *key worker* expliciet probeert het perspectief van andere instanties te begrijpen om zo tot een beter afgestemde samenwerking te komen. AMBIT heeft diverse mentaliserende tools hiervoor, zoals Pro-Gram en de desintegratie *grid*, waarbij een inventarisatie wordt gemaakt van het formele (en indien gewenst ook het informele) netwerk. Er wordt vooral gefocust op de *kwaliteit* van relaties en op het verstevigen van bestaande en leggen van nieuwe verbindingen. Bij de *desintegration grid* wordt door middel van een ruimtelijke opstelling letterlijk in de schoenen van ketenpartners gestaan. Het doel is steeds anderen te begrijpen vanuit hun perspectief, ook bij hulpverleners zwakt dat de waakzaamheid af en dat laat het onderliggende vertrouwen en daarmee de samenwerking groeien.

Casus Gaby (vervolg)

Bij Gaby zijn vele andere instanties betrokken, die soms een ander belang hebben dan het behandelteam. Vanuit de behandeling wordt geoefend met autonomie, iets waaraan Gaby grote behoefte heeft. Dit oefenen met het zelf nemen van verantwoordelijkheid voor gedrag (inclusief het wel/niet nemen van voorgeschreven medicatie) staat soms echter op gespannen voet met de veiligheid en de openbare orde.

Deestructief gedrag roept nou eenmaal angst op, niet alleen bij de patiënt en diens familie, maar ook bij ons en onze ketenpartners.

Er zijn herhaaldelijk incidenten met de politie, die moeilijk kan begrijpen waarom Gaby toch steeds zoveel ruimte krijgt voor autonomie. Dit leidt in hun ogen tot gevaarlijke situaties. Nadat er sprake is geweest van een potentieel gevaarlijk incident, dat verstorend was voor de openbare orde, is de druk vanuit diverse instanties op het team groot om in te grijpen met restrictieve maatregelen zoals opname en dwangmedicatie. Het team besteedt veel aandacht aan het uitleggen van hun beleid aan de verschillende betrokken instanties. Zij worden hierbij ook ondersteund door de organisatie in de persoon van de geneesheer-directeur. Vooral bespreking in het Veiligheidshuis leidt uiteindelijk tot meer onderling begrip, waardoor de samenwerking verbetert. Ook daarna blijft er regelmatig afstemming met samenwerkingspartners nodig om ieders angst te kunnen blijven managen.

Domein 4: Leren van je werk

- respect voor de lokale expertise en praktijk;
- respect voor evidence.

Ook leren van wat je doet is lastiger onder 'mentaliseren ondermijnende omstandigheden'. Hierdoor bestaat het risico terug te vallen in dezelfde fouten, wat je kunt voorkomen door deze te herkennen en systematisch vast te leggen. Kennis is een belangrijke manier om het mentaliserend vermogen te ondersteunen. Een psychotherapeutisch kader geeft richting en houvast wanneer het moeilijk wordt. Hierbij is lokale kennis over wat werkt in de specifieke lokale situatie minstens zo belangrijk als evidence-based kennis. In de AMBIT-handleiding (<https://manuals.annafreud.org/ambit/>) staan de AMBIT-werkwijze en -houding uitgebreid beschreven. De handleiding bevat theoretische uitleg, procedures, richtlijnen, alles zoveel mogelijk aangevuld met video's en voorbeelden. Alle in dit artikel genoemde tools, zoals AIM, thinking together, disintegration grid en Pro-Gram, zijn te vinden in de online handleiding op de Anna Freud website. Alle informatie is vrij toegankelijk en AMBIT stimuleert in dit domein sterk om lokale 'evidence' vast te leggen binnen de eigen AMBIT-wiki omgeving (<https://manuals.annafreud.org/ambit-altrecht/index.html>). Ook heeft AMBIT een eigen YouTube kanaal AMBIT tv, waar de werkwijze en de verschillende tools en interventies worden uitgelegd (<https://www.youtube.com/channel/UCgbnI4t6m4JLLwMKrH7XOVQ>). Op deze manier is het mogelijk wereldwijd kennis met elkaar te delen.

Casus Gaby (slot)

Het AMBIT-team blijft voortdurend bezig met leren door bijvoorbeeld gezamenlijk het AMBIT-boek te lezen en te bespreken of samen filmpjes te kijken op AMBT tv. Ook leggen we ervaringen vast binnen onze eigen omgeving en ontwikkelen we een AMBIT-audit om te toetsen hoe methodegetrouw we werken. We maken ook zelf psycho-educatieve filmpjes, die voor iedereen vrij toegankelijk zijn. In het geval van Gaby merken we dat verbale therapie heel lastig werkt en duidelijk niet de voorkeur heeft van Gaby. We besluiten externe supervisie aan te vragen om met ons mee te denken. Hierin wordt gesuggereerd vooral non-verbale interventies in te zetten, waarop het idee ontstaat naast andere non-verbale interventies de interpersoonlijke psychotherapie lopend in het bos achter de instelling te gaan doen.

Conclusie

Concluderend is de AMBIT-werkwijze niet meer dan het toepassen van de theorie van mentaliseren op de vier verschillende domeinen van werken met moeilijk bereikbare patiënten. AMBIT beperkt zich, zoals veel psychotherapieën, niet tot de patiënt, maar heeft als doel het gehele systeem rondom die patiënt erbij te betrekken. Niet alleen naasten, maar ook ketenpartners, de eigen organisatie en het behandelteam. Het is geen therapie, maar een werkwijze met mentaliseren als de spil om epistemisch vertrouwen op te wekken, waardoor het wiel kan gaan draaien en er groei en verandering optreden. Het doel is verbetering van mentaliseren en groei van vertrouwen in gehele systemen, niet alleen in dat van de patiënt.

Literatuur

1. Bevington D, et al. Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health* 2013;18(1):46-51.
2. Bevington D, Fuggle P, Fonagy P. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attachment & human development* 2015;17(2):157-74.
3. Fuggle P, et al. The Adolescent Mentalization-based Integrative Treatment (AMBIT) approach to outcome evaluation and manualization: adopting a learning organization approach. *Clinical child psychology and psychiatry* 2015;20(3):419-35.
4. Bevington D, Fuggle P, Cracknell L, et al. Adaptive mentalization-based integrative treatment: A guide for teams to develop systems of care. Oxford: Oxford University Press; 2017.
5. Knapen S. Samen Beter: In de afwezigheid van vertrouwen is er geen capaciteit tot verandering. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2017;43:109-25.
6. Meekeren E van, et al. 'De kwaliteit van relaties ligt in reparaties'. *Persoonlijkheidsstoornissen als Ernstige Psychiatrische Aandoening. Psychopraktijk* 2015;7(4):20-5.
7. Knapen S. FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen; ervaringen met de combinatie met Mentalization Based Treatment. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 2013;68(1):20-8.
8. Knapen S, et al. Van onbehandelbaar naar behandelbaar? *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2016;42:86-103.
9. Knapen S, Hutsebaut J, Diemen R van, et al. Epistemic Trust as a Psycho-marker for Outcome in Psychosocial Interventions. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2020;19(4):417-26.
10. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DA, et al. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: Comparison of prospective and retrospective findings. *The British Journal of Psychiatry* 2012;200(6):469-75 (Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings - PubMed (nih.gov)).
11. Afifi TO, Mather A, Boman J, et al. Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research* 2011;45(6):814-22 (<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>).
12. Fonagy P. Theoretical aspects of psychotherapy for personality disorders. Montreal (Can): ISSPD; 2015.
13. Jessurun H, Bevington D, Fuggle P, et al. Outreachend mentaliserend werken met moeilijk te bereiken jongeren – AMBIT: Uitgangspunten en basishouding. *Tijdschrift Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (VKJP)* 2015;42(3):44-56.
14. Knapen SRY. Een veilige relatie heeft grenzen nodig. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2013;68:262-70.
15. Duursen R van, Knapen S. Omgaan met chronische suïcidaliteit: van beheersen naar begrijpen, handvatten voor de praktijk. *PsyXpert* 2017;1:38-47.

EINDTOETS

1. Wat kan onder meer een gevolg zijn van ‘epistemisch wantrouwen’?

- alles klakkeloos aannemen van de therapeut
- uitgaan van de goede bedoelingen van anderen
- denken dat echte verandering niet mogelijk is

2. Een belangrijke meerwaarde van de AMBIT-werkwijze is, dat deze leidt tot verbetering van het mentaliseren in de patiënt omringende systemen.

- juist
- onjuist

3. Wat staat centraal in het derde systeem van Fonagy’s model over systemen van verandering?

- herstel van het epistemisch vertrouwen
- dat de patiënt buiten de therapie kan leren van anderen
- dat de patiënt leert van de deskundige therapeut

4. Onder welk domein van het AMBIT-wiel hoort het naastennetwerk (vrienden, kinderen, partner) van de patiënt?

- domein 1
- domein 2
- domein 3
- domein 4

5. Wat is de grootste uitdaging in domein 1 van het AMBIT-wiel?

- drop-out voorkomen
- het vergroten van epistemisch vertrouwen, terwijl je ook risico’s managet en grenzen stelt
- een goede therapeutische relatie opbouwen

6. Als de *keyworker* bij crisis zijn team consulteert, is de patiënt daarbij aanwezig.

- juist
- onjuist

7. Het hoofddoel van ‘werken in de context’ binnen AMBIT is desintegratie van de context tegen te gaan.

- juist
- onjuist

8. Waarom is een psychotherapeutisch kader vooral belangrijk vanuit de visie van AMBIT?

- omdat een mentaliseren bevorderende therapie het meest effectief is voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen
- omdat een psychotherapeutisch kader houvast geeft wanneer het moeilijk wordt
- omdat alleen psychotherapeuten voldoende zijn geschoold om met moeilijke patiënten te werken

9. Volg de externe link: <https://manuals.annafreud.org/ambit>. Zoek op de pagina onder ‘explicit mentalization’. Wat betekent dit?

- dat je naar de patiënt benoemt dat je aan het mentaliseren bent
- reflectief nadenken over de handelingen van jezelf en anderen
- dat het veel moeite kost om te mentaliseren

10. Lees eventueel de casus van Gaby nog eens door en lees dan de volgende stelling:

‘Als Gaby wordt uitgelegd dat non-verbale therapie wellicht beter bij haar aansluit, omdat het woorden geven aan haar “stormen” veel oude pijn oproept, is dit een voorbeeld van expliciet mentaliseren.’

- juist
- onjuist