

Artikel (2375)

AMBIT als antwoord op wijkgericht werken

Door Saskia Knapen

In een *Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT)* kunnen gz-behandelaars systematisch samenwerken met gemeenten, huisartsen en andere netwerkpartners. Mentaliseren staat centraal en de therapie richt zich niet alleen op de patiënt en zijn symptomen, maar ook op diens leefomgeving.

EPA-persoonlijkheidsstoornissen

AMBIT is een doorontwikkeling van F-ACT Persoonlijkheidsstoornissen; richting meer wijkgericht werken, zonder verlies van specialistische kennis en expertise. Er wordt gebruik gemaakt van een op mentaliseren gebaseerde werkwijze, ontwikkeld door het *Anna Freud Center* in Londen^{1,2,3}. De behandeling was oorspronkelijk bedoeld voor moeilijk bereikbare jongeren met ernstige en complexe problemen, waaronder ook psychiatrische problemen. Maar de interventie blijkt net zo geschikt voor de behandeling van moeilijk bereikbare volwassenen met ernstige psychiatrische problemen (EPA-patiënten). Net als de oorspronkelijke jonge doelgroep van AMBIT zijn veel EPA-patiënten ernstig gedesillusioneerd geraakt in de hulpverlening en maken onvoldoende gebruik van het reguliere behandel aanbod.

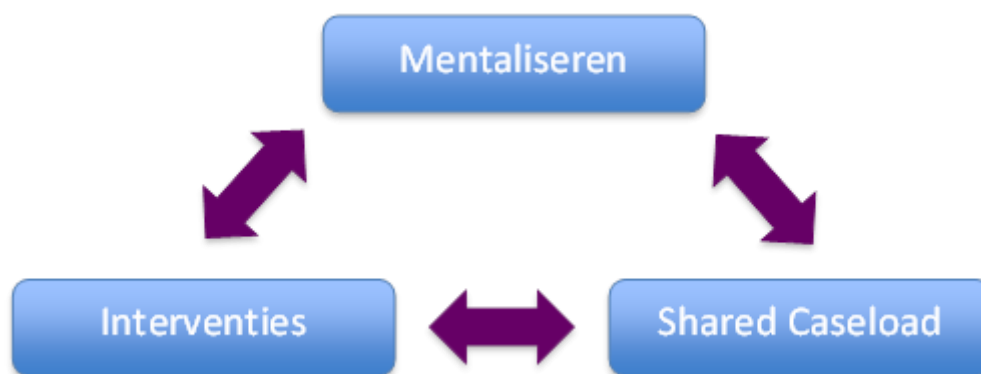
Zeker onder de doelgroep EPA-patiënten met persoonlijkheidsstoornissen heerst 'Epistemisch wantrouwen'⁴ ten aanzien van de hulpverlening waardoor zij niet of slecht profiteren van reguliere behandelvormen en buiten de boot vallen⁵. Als een hulpverlener nadrukkelijk de moeite neemt om het perspectief van een moeilijk bereikbare patiënt in te nemen, kan het wantrouwen langzaam verdwijnen. Het leereffect daarvan is grotendeels indirect; doordat het vertrouwen zich herstelt, durft de patiënt weer te leren van de eigen sociale omgeving. Kortom, de verandering bij de patiënt wordt vooral gerealiseerd door wat die na- en/of buiten de behandeling leert. De therapie zal dan ook succesvoller zijn naarmate de (naaste) betrokkenen van de patiënt goedaardiger zijn en de interventie wordt toegepast in de context van de sociale leeromgeving van de patiënt.

Noot: concrete sociale (psychiatrische) interventies sluiten vaak beter aan bij de wensen van moeilijk bereikbare mensen, wat kansen biedt om het vertrouwen van de patiënt te laten groeien⁴. Daarin schuilt de grootste kracht van wijkgericht werken; het herstellen van het vertrouwen, waarna meer algeheel herstel kan intreden.

F-ACT Persoonlijkheidsstoornissen

Vanaf 2008 is in ggz-instelling Altrecht het programma F-ACT Persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld, een combinatie van op persoonlijkheidsstoornissen gerichte *Flexible Assertive Community Treatment* (F-ACT PS) en evidence based psychotherapie (*Mentalization Based Treatment*, MBT⁶). Met F-ACT PS wordt gestreefd naar een op verandering gerichte psychotherapeutische behandeling voor patiënten met EPA-persoonlijkheidsstoornissen die eerder ongeschikt zijn bevonden voor behandeling. Door daarin te werken volgens het principe van *shared caseload* wordt de beschikbaarheid van hulpverleners vergroot, en daarmee ook hun betrouwbaarheid. Hierdoor is de behandeling voor zowel patiënten als hulpverleners beter vol te houden.

Door *mentaliseren* centraal te zetten in de behandeling wordt iatrogene beschadiging, zoals bijvoorbeeld bekrachtiging van destructief gedrag, voorkomen. Doordat de intensiteit van de behandeling kan worden op- en afgeschaald, wordt een '*holding environment*' gecreëerd waarbinnen een psychotherapeutische behandeling ook voor deze patiëntengroep wel mogelijk is⁷.



Figuur 1: F-ACT PS

Werken met moeilijk bereikbare mensen

De omgang met mensen met een persoonlijkheidsstoornis roept bij hulpverleners en naastbetrokkenen vaak heftige emotionele reacties op, zeker waar zij te maken hebben met EPA-patiënten met persoonlijkheidsproblemen; omdat interactieproblemen en destructief gedrag bij hen vaak op de voorgrond staan. Daardoor komt de (behandel)relatie vaak onder druk te staan, wat de omgang en behandeling nog eens extra bemoeilijkt. Het kunnen delen en begrijpen van (de eigen) emotionele reacties (mentaliseren) is daarom van groot belang om in relatie met deze mensen te kunnen blijven.

Ondersteuning van het mentaliserend vermogen van de therapeut is daarom gewenst, bijvoorbeeld met kennis (psychoeducatie), een richtinggevend psychotherapeutisch kader of door samenwerking (shared caseload/samenwerking ketenpartners en naasten). Ondanks onze inspanningen gebeurt dat toch niet systematisch genoeg blijkt uit de roep om bijvoorbeeld wijkgericht werken.

Hoe moeilijker een patiënt bereikbaar is, en hoe complexer de problematiek, hoe meer instanties bij de zorg betrokken zijn. Deze instanties werken allemaal volgens hun eigen theoretische modellen, wat verwarrend is voor patiënten en hun betrokkenen. Daar komt bij dat de interventies van deze verschillende instanties vaak slecht op elkaar zijn afgestemd, of zelfs tegenstrijdig zijn en soms verdwijnt daarbij het belang van de patiënt uit zicht. Als instanties elkaar tegenwerken is dat desastreus voor het (vaak toch al gekwetste) vertrouwen van deze patiëntengroep. In reactie hierop zijn bewegingen als de 'Nieuwe GGZ' en 'Wijkgericht werken' ontstaan, die een paradigma-shift in de ggz propageren: van symptoomgericht- naar herstelgericht werken, met interventies die in de leefomgeving van de patiënt worden toegepast; in plaats van die vanuit de ivoren torens van de grote ggz-instellingen aan de patiënten op te leggen. Het *rücksichtslos* verplaatsen van ggz-medewerkers naar wijkteams brengt echter ook het risico met zich mee dat specialistische zorgkennis fragmenteert en verloren gaat. Nogmaals, deze kennis is cruciaal voor het ondersteunen van het mentaliserend vermogen van ggz-behandelaars, zodat iatrogen beschadigende interventies worden voorkomen.

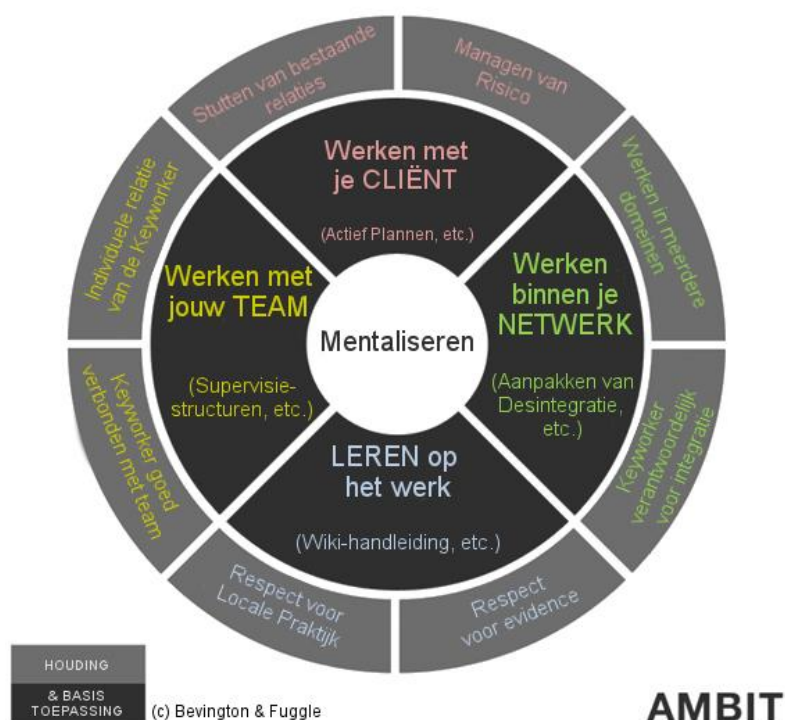
In AMBIT komen de bovenstaande aspecten (wel) samen. Daarom hebben we bij Altrecht

persoonlijkheidsstoornissen besloten om onze F-ACT PS teams door te ontwikkelen naar AMBIT-teams.

Meer dan een therapievorm is AMBIT te beschouwen als een teamaanpak die bestaat uit het gebruik van zoveel mogelijk evidence based methoden, maar waarin ook aandacht is voor de lokale omstandigheden van de patiënt. De aanpak is gebaseerd op de hechtingstheorie², met een sterke nadruk op het opbouwen en onderhouden van relaties. Dat geldt niet alleen voor de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt; er is ook aandacht voor het opbouwen van een sociaal netwerk en voor de relatie met het behandelteam. In deze teambenadering heeft AMBIT sterke gelijkenissen met F-ACT.

Inmiddels zijn er in Engeland, Schotland, Spanje, Australië, Zwitserland en de Verenigde Staten meer dan 25 AMBIT-teams werkzaam. Wereldwijd is Altrecht de eerste ggz-instelling waar de methode ook wordt toegepast op EPA-patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Het AMBIT 'wiel'



Figuur 2: Het AMBIT 'wiel'

Het AMBIT 'wiel' bestaat uit vier verschillende, - maar voor de behandeling even belangrijke -, behandelcompartimenten. Centraal staat de mentaliserende houding; de behandelaar neemt een open, nieuwsgierige houding in naar het begrijpen van zijn of haar eigen gedrag en dat van anderen (als uitkomst van mentale toestanden zoals gevoelens, wensen en intenties). Mentaliseren is daarbij te omschrijven als de bereidheid om te proberen te begrijpen hoe het is om de ander te zijn op een bepaald moment. Mentaliseren is daarmee een moderator van het Epistemisch vertrouwen⁴.

De gedachte is: doordat AMBIT zich behalve op de patiënt ook op diens sociale omgeving richt, kan hij of zij het geleerde beter generaliseren naar de eigen leefomgeving. Doordat in de therapie niet alleen aandacht is voor psychiatrische problemen, - maar ook voor andere levensdomeinen zoals wonen, werk en opleiding -, staat de patiënt centraal in plaats van zijn ziekte. Dit past bij het wijkgericht werken.

AMBIT is verdeeld in vier domeinen⁸:

1. Werken met je cliënt/patiënt;
2. Werken met je team;
3. Werken in het netwerk;
4. Leren van je werk.

1. Werken met je cliënt/patiënt: *het stutten van bestaande relaties en het managen van risico's*.

De hulpverlener - binnen AMBIT 'keyworker' genoemd -, is slechts zo lang als nodig aanwezig in het systeem van de patiënt. De keyworker reikt tools aan die de patiënt nodig heeft voor zijn of haar herstel en volwaardig burgerschap. Door diens gezonde bestaande relaties te versterken, kan steun worden gerealiseerd, zodat patiënten een psychotherapeutische behandeling beter kunnen volhouden.

Moeilijk bereikbare mensen, -zeker EPA-patiënten met een PS -, vertonen vaak ernstig destructief gedrag. Het managen van de risico's is een belangrijk onderdeel van de behandeling. De nadruk ligt daarbij op het begrijpen van het gedrag, in plaats van dat te beheersen; met als doel om de bekrachtiging van dit gedrag te voorkomen^{9,10}.

Tenslotte: binnen het eerste compartiment hoeft niet per se MBT te worden aangeboden; alleen de *mentaliserende houding* staat in AMBIT-centraal. Er wordt aangeboden wat voor de patiënt werkt; dat kan MBT voor zijn persoonlijkheidsstoornis zijn, maar ook financiële hulp, woonvoorziening, of opleiding.

2. Werken met je team: werken aan een *individuele relatie met de 'keyworker', en zorgen dat die goed verbonden is met het team.*

Investeren in een betekenisvolle hechtingsrelatie tussen de hulpverlener en patiënt is een belangrijke voorwaarde voor het ontwikkelen van vertrouwen. De hulpverlener moet goed getraind zijn in het aangaan van een relatie die het mentaliseren bevordert. De keyworker is de casemanager binnen het F-ACT-model.

Het is moeilijk om een relatie aan te gaan met lastig bereikbare patiënten. Zij zijn vaak vijandig in het contact of vertonen (destructief) gedrag dat het mentaliserend vermogen van de keyworker ondermijnt. Het team ondersteunt daarom diens mentaliserend vermogen, bijvoorbeeld met *shared caseload* (zoals bij F-ACT), supervisie, intervisie en consultatie. Het team staat allereerst rondom de keyworker, pas in tweede instantie rondom de patiënt. Bij crisis consulteert de keyworker het team, in het bijzijn van de patiënt, waardoor er een notie ontstaat van een adequaat en actief meedenkende ouder (team). Zo leert de patiënt hoe het mentaliseren wordt ondersteund en modelleert de keyworker hoe adequate hulp kan worden aangevraagd en geboden.

Van de keyworker wordt verwacht dat hij ervoor openstaat om zijn eigen motieven, verwachtingen en gevoelens te mentaliseren en dat hij of zij hierover transparant is naar patiënten en collega's.

3. Werken in het netwerk: *werken in meerdere domeinen en verantwoordelijkheid voor de integratie.*

In AMBIT streven we naar afstemming tussen de verschillende interventies van de verschillende domeinen; niet alleen tussen de psychiatrische interventies, maar ook tussen interventies in wonen, financiën, werk enzovoorts (soms is een interventie in sport of wonen voor de patiënt zelfs belangrijker dan therapie of medicatie).

Als verschillende instanties bij de patiëntenzorg betrokken zijn, kunnen er misverstanden ontstaan (desintegratie). Vaak is de patiënt de verbindende factor tussen alle verschillende instanties. Het is moeilijk om het overzicht te houden met al deze verschillende partijen; voor ons, maar al helemaal voor de patiënten. Bij AMBIT is de keyworker verantwoordelijk voor het overzicht en de zorgintegratie. Opnieuw staat de mentaliserende houding centraal; de keyworker probeert het perspectief van de andere instanties te begrijpen, om tot een beter afgestemde samenwerking te komen.

4. Leren van je werk: *respect voor de lokale expertise en praktijk, respect voor evidence.*

Leren van wat je doet, is lastiger onder 'mentaliseren ondermijnende omstandigheden'. Het risico bestaat dat je terugvalt in dezelfde fouten, wat je kunt voorkomen door deze te herkennen en systematisch vast te leggen. Met kennis kan het mentaliserend vermogen worden ondersteund en een psychotherapeutisch kader geeft richting en houvast wanneer het moeilijk wordt. Hierbij is lokale kennis over wat in de specifieke lokale situatie werkt minstens zo belangrijk als evidence based kennis. Ook hier sluit AMBIT goed aan bij de principes van wijkgericht werken.

In de AMBIT-wiki (spaces.xememex.com/ambit/) staan de AMBIT-werkwijze en houding uitgebreid beschreven met theorie, procedures en richtlijnen; aangevuld met video's en voorbeelden. Alle informatie is vrij toegankelijk en lokale 'evidence' kan binnen je eigen AMBIT-wiki omgeving worden vastgelegd, zodat daarover wereldwijd kennis met elkaar kan worden gedeeld (spaces.xememex.com/ambit-altrecht/).

Van F-ACT Persoonlijkheidsstoornissen naar AMBIT

De eerste drie AMBIT-domeinen krijgen ook binnen F-ACT structureel vorm, namelijk: werken met je patiënt volgens de bestaande evidentie; werken met je team via *shared caseload*, en werken aan je netwerk door samenwerking met lokale ketenpartners en naasten. Doordat binnen AMBIT elk domein even belangrijk is, wordt in vergelijking met F-ACT op meer systematische wijze aandacht aan *al* deze domeinen besteed. Ook biedt AMBIT concrete tools voor elk domein, zoals de tool '*Desintegratie raster*' voor het werken met je netwerk, *AIM* voor werken met je cliënt, en '*Thinking together*' voor het werken met je team (spaces.xememex.com/ambit-altrecht).

Binnen F-ACT PS Altrecht is er al eerder voor gekozen om mentaliseren een centrale positie in de behandeling te geven, maar vooral in het werken met de patiënt en het team; het biedt echter ook grote meerwaarde deze houding aan te nemen binnen het domein van het netwerk.

Doordat het mentaliseren al centraal stond in F-ACT PS kan AMBIT worden beschouwd als een verfijning van de bestaande werkwijze, met als meerwaarde dat die goed aansluit bij het wijkgericht werken. Werken met EPA-patiënten vereist specialistische kennis en het risico van het verplaatsen van medewerkers naar wijkteams is dat deze kennis (gedeeltelijk) verloren gaat. Inbedding in een team met kennis van persoonlijkheidsstoornissen is essentieel voor het behoud van gezonde en productieve medewerkers, maar ook voor de borging van de behandelkwaliteit en het voorkomen van onderbehandeling.

Tenslotte

Cruciaal voor het ontstaan van vertrouwen bij patiënten, gz-medewerkers en ketenpartners is de bereidheid het perspectief van de ander in te nemen. De ervaring dat je *'mind in mind'* is, - dat jouw subjectiviteit wordt begrepen -, biedt je de veiligheid om over jezelf te kunnen nadenken in relatie tot de wereld; om daarover iets nieuws te leren over hoe daarin te functioneren. AMBIT biedt concrete tools om deze bereidheid tot het innemen van het perspectief van de ander te demonstreren aan onze patiënten, onze medewerkers en ketenpartners; door hen expliciet te laten weten dat hun 'mind in mind' is. Hiervoor is een fysieke aanwezigheid niet noodzakelijk, alleen goede intenties.

Saskia Knapen

Saskia Knapen is psychiater en inhoudelijk leidinggevende van Altrecht Persoonlijkheidsstoornissen. Zij is MBT-therapeut en ontwikkelde F-ACT persoonlijkheidsstoornissen.

Literatuur

1. Bevington, D., e.a. 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* 18.1 (2013): 46-51.
2. Bevington, D., e.a. Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attachment & human development* 17.2 (2015): 157-174.
 3. Fuggle, P., e.a. The Adolescent Mentalization-based Integrative Treatment (AMBIT) approach to outcome evaluation and manualization: adopting a learning organization approach. *Clinical child psychology and psychiatry* 20.3 (2015): 419-435.
 4. Knapen, S. Samen Beter: In de afwezigheid van vertrouwen is er geen capaciteit tot verandering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2017.
 5. Van Meekeren, E., e.a. Ernstige psychische aandoening Kwaliteit van de relatie ligt in de reparatie. *Psychopraktijk* 7.4 (2015): 20-25.
 6. Knapen, S. FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen; ervaringen met de combinatie met Mentalization Based Treatment. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 68.1 (2013): 20-28.
 7. Knapen, S., e.a. Van onbehandelbaar naar behandelbaar? *Tijdschrift voor Psychotherapie* 42.2 (2016): 86-103.
 8. Jessurun, H., e.a. (2015). Outreachend mentaliserend werken met moeilijk te bereiken jongeren - AMBIT: Uitgangspunten en basishouding. *Tijdschrift Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (VKJP)*, 42(3), 44-56.
 9. Knapen, S.R.Y. (2013b). Een veilige relatie heeft grenzen nodig. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 68, 262-270.
 10. Duursen, R. van, Knapen, S. Omgaan met chronische suicidaliteit: van beheersen naar begrijpen, handvatten voor de praktijk. *PsyExpert*, 2017.

