

# **Outreaching mentaliserend werken met moeilijk te bereiken jongeren**

## **AMBIT: 2. Van houding naar praktijk**

*Haiko Jessurun, Dickon Bevington, Peter Fuggle & Gabriël Anthonio*

### **Inleiding**

In een eerder artikel (Jessurun, Bevington, Fuggle, & Anthonio, 2015) spraken we over de theorie en basishouding van het outreaching mentaliserend werken met moeilijk te bereiken jongeren (AMBIT; adolescent mentalisation based integrative treatment). Het AMBIT-wiel (figuur 1) geeft de thema's en houdingsaspecten weer. Deze acht houdingsaspecten samen borgen de vijf peilers van de klinische praktijk:

- 1 Mentaliseren;
- 2 Supervisie- en intervisiestructuren;
- 3 Aanpakken van desintegratie in het netwerk;
- 4 Actief plannen;
- 5 Wiki manualisatie (om in een wiki het gezamenlijk creëren en beschikbaar maken van kennis te faciliteren).

In dit artikel beschrijven we hoe deze aspecten in de klinische praktijk kunnen worden vormgegeven.

### **Mentaliseren**

In figuur 1 staat *mentaliseren* in het midden van de cirkel. Dit geeft de centrale rol aan van aandacht voor de mentale processen in een hulpverleningssituatie, zowel bij de cliënt en zijn of haar omgeving als ook bij de hulpverlener(s) zelf. De mentaliserende houding is dus niet alleen van belang in het werken met de jongere en zijn gezin/verzorgers, maar wordt ook gebruikt om de integratie tussen verschillende onderdelen in het hulpverlenersnetwerk vast te houden. Zo dient deze houding als smeermiddel om de verschillende onderdelen van de zorg rondom de jongere tot een coherent geheel te maken. Professionals die op basis van AMBIT werken hebben dus niet alleen de verantwoordelijkheid om

een bijdrage te leveren aan het mentaliserend vermogen van hun cliënten, maar eveneens aan dat van hun collega's.



**Figuur 1: de AMBIT-cirkel**

Dat het concept mentaliseren zo centraal vormgegeven wordt is eigenlijk een open deur, immers het kunnen mentaliseren is het kenmerk van intermenselijke relaties.

In het eerste artikel (Jessurun e.a., 2015) is al beschreven dat AMBIT een teamgerichte methode is om te werken met moeilijk bereikbare jongeren met problemen op meerdere levensgebieden. Deze benadering is met name ontwikkeld als respons op een aantal algemene kenmerken van deze doelgroep, die het vasthouden van een mentaliserende houding voortdurend onder druk zetten. Ten eerste werken de hulpverleners vaak alleen en in de buitenschil van

de moederorganisatie, vooral bij de jongeren thuis of op andere vindplaatsen. Ten tweede kunnen deze jongeren een behoorlijk niveau van spanning oproepen. Dit kan bijvoorbeeld door risicovol gedrag, of dreigen met grensoverschrijdend gedrag. Bovendien hebben deze jongeren (en ook wel hun ouders/verzorgers) vaak een ambivalente of zelfs vijandige houding naar hulpverlening. Hulpverleners voelen zich niet zelden gebruikt voor louter materiële doeleinden, behoefte aan emotionele aandacht of andere grillen, zonder dat de cliënt zelf verbeteringen laat zien. Het werken met deze jongeren vraagt om lange adem, veel geduld en kleine stapjes in de behandelrelatie.

Al deze barrières maken het soms heel moeilijk om het mentaliseren vast te houden. Als een AMBIT-werker bijvoorbeeld op huisbezoek gaat en een situatie aantreft waarin een jonge meid schreeuwende ruzie heeft met haar moeder, het huis uit rent met de mededeling dat ze voor de trein gaat springen, een moeder achterlaat die boos en van slag is, dan is het bijna ondoenlijk om een flexibele, ontspannen houding vast te houden en te kunnen reflecteren over de mentale toestand van moeder of dochter. Meer waarschijnlijk is dat in deze stressvolle en dreigende situatie de werker in een niet-mentaliserende modus schiet zoals *teleologisch denken* (een preoccupatie met hoe nu praktisch te handelen) of *psychische equivalentie* (de overtuiging dat hoe hij over de zaak denkt of voelt ook daadwerkelijk zo is).

AMBIT probeert dus met name handvatten te bieden hoe in dergelijke situaties de eigen niet-mentaliserende reflex te herkennen en hoe er op te reageren, en biedt in organisatorische zin hier ook structuren voor.

### **De AMBIT-handleiding**

De gedachte achter AMBIT is dat de hulpverlening rondom moeilijke bereikbare jongeren, hun gezin en de omgeving op een transparante, duidelijke (en gementaliseerde) wijze vormgegeven wordt. Het is daarbij heel belangrijk dat er gecontroleerd en waar mogelijk *evidence based* wordt gewerkt. Mentaliseren houdt transparantie in en authenticiteit, dus zeggen wat je doet en doen wat je zegt. De AMBIT-handleiding is daar een heel belangrijk instrument voor. In de handleiding ligt twintig jaar aan expertise van ongeveer tachtig teams uit Engeland en daarbuiten vervat en staat beschreven in een openbare wiki (zie [www.tiddlyspace.com](http://www.tiddlyspace.com)). Een team dat eenmaal 'toegelaten' is tot de AMBIT-community wordt daarom ook gehouden aan het bijhouden van de eigen lokale versie van de AMBIT-kernhandleiding. Voor een participierend team wordt een kopie gemaakt van deze handleiding, waarop zelf zaken aangepast kunnen worden. Het is de bedoeling dat een lokaal team de

procesbeschrijvingen aanpast aan de aldaar geldende situatie en waar nodig zelfs geheel opnieuw schrijft. Uitgangspunt blijft daarbij dat de geboden hulpverlening en interventies zo veel als mogelijk evidence based zijn.

Elementen die in de handleiding worden beschreven zijn onder meer:

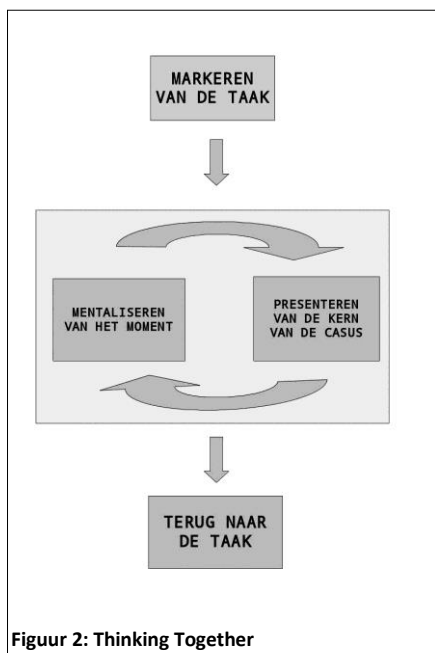
- hoe komt de cliënt binnen;
- hoe wordt het eerste contact gemaakt, in acht nemend de gedachte dat er een duidelijke *vertrouwensbasis* gelegd moet worden met een jongere die mogelijk helemaal geen vertrouwen heeft, om behandelen mogelijk te maken (epistemic trust; Gergely, Egyed, & Királi, 2007);
- hoe kom je tot een diagnose en behandelplan; in de initiële fase is het van belang dat er bepaalde informatie vergaard wordt (waaronder een risicotaxatie) en een probleeminventarisatie op *verschillende domeinen*; hiervoor wordt binnen AMBIT de Adolescent Integrative Measurement (AIM) gebruikt, al dan niet in combinatie met de AIM Kaarten (Bevington, Fuggle, & Jessurun, 2015). De AIM kan op de website worden ingevuld en op basis daarvan worden suggesties gegeven voor interventies. Een belangrijk instrument, ook in de eerste inventariserende fase, is het invullen van een *desintegratie-raster*, dat aangeeft waar in het netwerk het verlies van mentaliseren waarschijnlijk is;
- de *supervisie-* en *intervisiestructuur*, inclusief oefeningen om dit met een team te trainen. Eén van de belangrijkste technieken is daarbij *thinking together*. De supervisietechnieken zijn allemaal ontworpen om het team en de medewerkers te helpen reflecteren over een casus of omstandigheden waar het mentaliseren onder druk staat.

## Supervisiemethodieken

### *Thinking together*

Het is een goede gewoonte binnen de zorg om elkaars handelen te toetsen en te bespreken. Dit gebeurt geregeld in bijvoorbeeld training, staf- en intervisie-besprekingen. Opleidingen hebben dan nog vaak nog de luxe dat ze supervisie krijgen. De AMBIT-methode hecht ook aan supervisie en intervisie, omdat dit een manier is om van elkaar te leren en zo de hulpverlening in totaliteit te verbeteren. Juist omdat de werkers in hun dagelijkse praktijk veel solitair, geïsoleerd werken, is de inbedding in een team hard nodig. De solitair in het veld werkende medewerkers moeten ook eenvoudig contact kunnen

leggen met een teamgenoot, die niet midden in het vuur van de jongere verkeert en vanaf afstand kan ondersteunen in het herwinnen van reflectie en mentaliseren. De ervaring leert ons echter ook dat wat er tijdens stafbesprekingen aan de orde komt niet altijd automatisch leidt tot mentaliseren. We neigen er ook toe om met elkaar verzand te raken in het oplepelen van dramatische omstandigheden en terecht te komen in ‘storytelling’, een vorm van pseudomentaliseren. AMBIT heeft daartoe een gestructureerde methode van gevalsbeschrijving ontwikkeld, als voorbereiding op het maken van beslissingen en het nemen van acties. Deze methode wordt *Thinking Together* genoemd (tegenover dus de problemen van *thinking apart*) en bestaat uit vier stappen (zie figuur 2):



**Figuur 2: Thinking Together**

### **Fase 1: markeren van de taak** (*Marking the Task*<sup>1</sup>)

De eerste fase is het duidelijk omschrijven wat het resultaat moet zijn van de bespreking. Dit is een gezamenlijke taak van inbrenger en collega's. In de praktijk wordt dit vaak overgeslagen. Over een casus spreken, zonder dat daarvoor een helder doel gesteld is, kan betekenen dat men er niet echt over na heeft willen denken. *Thinking together* ontstaat niet spontaan, maar het podium moet ervoor worden klaargezet. Dit kan soms al behoorlijk complex zijn, als de details van de te bespreken casus heftig en acuut zijn. Een voorbeeld van het markeren van de taak zou kunnen zijn:

*'Ik zou graag willen dat jullie met mij meedenken hoe risicovol deze*

*jongere op dit moment is en of het crisisplan daarmee in overeenstemming is.'*

<sup>1</sup> Door de Engelse woorden te gebruiken, wordt het rituele aspect nog sneller duidelijk. 'Marking the Task' zet de medewerkers eerder in die modus dan: 'zullen we de taak eerst markeren?'

## **Fase 2: presenteren van de kern van de casus** (*Stating the Case*)

In deze fase krijgt de inbrenger de gelegenheid om de belangrijkste feiten te vertellen die *relevant* zijn voor de gestelde taak – dus alleen zaken die er op dat moment toe doen. Wat verteld wordt mogen alleen reflectieve beschrijvingen zijn en geen anekdotes over gebeurtenissen en wat er allemaal gezegd is tussen de één en de ander.

Hier ligt een heel belangrijke taak voor de collega's. Zij moeten de inbrenger helpen om bij de hoogst noodzakelijke informatie te blijven, in de wetenschap dat nooit het hele verhaal verteld kan worden en dat de medewerker in kwestie waarschijnlijk spanning heeft opgebouwd en het gevaar loopt te gaan pseudomentaliseren. Maar ook moet er voldoende ruimte zijn om het verhaal zo te kunnen vertellen dat een gedeeld (mentaal) begrip mogelijk wordt. De collega's moeten dus met de betrokken hulpverlener samen actief deze grenzen bewaken. Dat kan soms op kritiek lijken en afweer of verdediging uitlokken. De theorie van het mentaliseren zet echter in het middelpunt dat dit soort fouten in communicatie gemaakt zullen worden. Door op de beschreven wijze de grenzen te bewaken – middels een enigszins formeel ritueel – wordt dit minder bedreigend.

## **Fase 3: Mentaliseren van het moment** (*Mentalizing the Moment*)

Wanneer beide partijen van mening zijn dat de benodigde elementen zijn gepresenteerd, wordt de inbrenger expliciet gevraagd om te reflecteren over *zijn of haar eigen gevoelens* over de casus en het dilemma waar hij of zij voor staat. Met name wordt hij of zij uitgenodigd om te reflecteren over mogelijke boosheid, angst of irritatie over de casus die het moeilijk maken om de situatie te mentaliseren. Wat hier dus *niet* gebeurt is dat er uitgebreid stilgestaan wordt bij wat de cliënt allemaal zou kunnen denken en voelen. Het is de medewerker zelf die gementaliseerd wordt op basis van hoe hij of zij op dat actuele moment zelf in de casus zit. Zijn of haar gevoelens worden gevalideerd en dit maakt ruimte vrij om weer te gaan nadenken over de casus zelf.

## **Fase 4: Terug naar de taak** (*Return to Purpose*)

Vaak vloeit deze fase natuurlijk voort uit de vorige. Dat hangt ermee samen dat er in de vorige fase gewerkt is aan gementaliseerd affect en dat haalt iemand uit een vastzittende positie naar een flexibele benadering. De *mind set* verschuift als het ware van *fixed* naar *growth* – een parallel met het werk van Carol Dweck (2006). In deze fase kunnen er in de hoofden van de inbrenger en collega's allerlei oplossingen ontstaan die overwogen kunnen worden. Op dat moment is het weer de taak van de collega's om de medewerker terug te leiden

naar de oorspronkelijke taak en om volgens het principe van Actief Plannen een actie uit te zetten.

Iedere ronde van *Thinking Together* heeft in de aanvang een taak die vraagt om een resultaat (een beslissing, een interventie, een begrip) waarmee de cliënt en zijn gezin potentieel beter van kunnen worden. De twee tussenfasen zijn er expliciet op gericht om deze focus uit te stellen, waardoor er op een open, nieuwsgierige en vooral onderzoekende wijze met ideeën gespeeld kan worden.

### ***Passed Outwards Thinking***

De super- en intervisietechnieken van AMBIT zijn steeds gebaseerd op het gegeven dat het moeilijk is om te overzien wat er aan de hand is als je er middenin staat. De methoden zijn er dus gericht op om de medewerker te ondersteunen in het afstand nemen. De analogie is de steen die in de vijver valt. De steen zelf (mocht die in staat zijn tot waarnemen) merkt dan alleen chaos van de plons in de vijver op. De waarnemer aan de rand van de vijver ziet na de plons ook de kringen ontstaan en steeds groter worden en de randen bereiken. Hij ziet de structuur, het geheel en de orde wel duidelijk.

*Passed Outwards Thinking* is een methode die hulpverleners in staat stelt om ook weer wat aan de rand van de vijver te staan. Voor deze methode zijn behalve de inbrenger (A) zelf nog twee collega's (B en C) nodig. Het gaat als volgt:

- \* A vertelt over een casus aan B; B luistert en stelt hooguit wat verhelderende vragen. C doet niets anders dan luisteren.
- \* B vertelt vervolgens de casus aan C; hij kan daaraan zijn eigen (gementaliseerde) gedachten toevoegen; C mag nog wat verhelderende vragen stellen; A luistert toe.

De inbrenger hoort dus via het filter van zijn collega het verhaal terug. Vaak is het verhaal korter. Het opnieuw horen van het (door een ander gefilterde) verhaal bevordert de reflectie.

### **Mentaliseren van het netwerk**

Een belangrijk element van het werken met AMBIT is dat in de houding van de hulpverlener geborgd is dat hij of zij *verantwoordelijkheid neemt voor de integratie* van de hulpverlening. Jongeren uit deze doelgroep hebben vaak een fors aantal (hulpverlenende) instanties om zich heen gekregen; sommige omdat zij dat zelf wensten, andere omdat zij zich verplicht moeten bezighouden met de jongere. Vanuit AMBIT wordt niet a priori verondersteld dat al deze

instanties makkelijk met elkaar samenwerken en met hetzelfde doel aan de slag zijn. Ook in Nederland is dit natuurlijk al lang erkend, en zowel initiatieven als 1 Gezin 1 Plan (de methodiek ingezet vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin om de hulp voor gezinnen die te maken hebben met meerdere hulpverleners te verbeteren), als de gehele transitie van de jeugdzorg willen hier verbetering aanbrengen.

Wat minder makkelijk herkend wordt is dat de verschillende verantwoordelijkheden en belangen van de organisaties rondom een jongere met zich meebrengt dat de betrokken medewerkers nog niet zo eenvoudig elkaars visie en overtuigingen over wat er gedaan moet worden kunnen overnemen of begrijpen. De een zal vanuit het oogpunt van veiligheid handelen, de ander vanuit de noodzaak tot onderwijs, weer een ander zal behoefte hebben aan psychiatrisch onderzoek of interventies vanuit een psycho-medisch model voorstaan, en weer een ander is van mening dat perspectief en zingeving de sleutel zijn tot succes. Aan deze perspectieven zijn beroepsgroepen, zienswijzen en *practice based* of *evidence based* interventies verbonden. De verschillende hulpverleners rondom de casus beschouwen zich niet alleen als deskundige, maar ook als ambassadeur van het door hen aangeleerde programma.

Ook spelen soms economische belangen een rol. De organisatie die de jongere of het gezin uitvoerig mag behandelen krijgt ook de inkomsten. Dit is geen egoïsme, onwilligheid of een bewust eenzijdige benadering, maar dit zijn 'systeemaspecten', waardoor desintegratie van het mentaliseren (*thinking together*), als daar onvoldoende aandacht voor is, vrijwel onmogelijk is te vermijden.





**DESINTEGRATIE-RASTER – breng de belangrijkste verbindende gesprekken in kaart  
“Waar raken we de weg kwijt, waar vinden we hem terug?”**

	Uitleg/verklaring “Wat is het probleem?” (Waarom gebeurt dit?)	Interventie “Wat te doen?” (... dat zou kunnen helpen ...)	(pragmatisch)	Verantwoordelijkheid “Wie doet wat?” (wie is verantwoordelijk?)	(systeem)
Jongere					
Ouders/verzorgers					
Andere organisatie (een echt persoon)					
Andere organisatie (een echt persoon)					

Vul de diverse velden in, waarbij je te zo goed mogelijk verplaatst in het perspectief van de ander. Zoek dan naar waar de grootste onenigheid lijkt te zijn over opvattingen. Probeer tussen die mensen zo snel mogelijk een gesprek te regelen om de desintegratie te verminderen.

© Dickon Bevington and Peter Fuglie (AMBIT), Anna Freud Centre; Dutch translation Halko Jessurun – copy and share freely under Creative Commons Licence SA-BY-NC

**Figuur 3: Desintegratieraster**

### ***Desintegratieraster***

Het desintegratieraster (figuur 3) is een eenvoudig hulpmiddel om de verschillende perspectieven van bij de jongere betrokken mensen in kaart te brengen en de knelpunten en te nemen acties bloot te leggen. Het raster kan even snel op de achterkant van een envelop gemaakt worden, zo gauw de hulpverlener het gevoel heeft dat hij in het netwerk vastloopt, maar er kan ook meer aandacht aan worden besteed in stafbesprekingen.

Het instrument helpt de hulpverlener om het netwerk rond de jongere in kaart te brengen door de sleutelfiguren onder elkaar te zetten en bij ieder van hen – vanuit het perspectief van die ander – drie vragen te stellen:

- Waarom is dit probleem er?
- Wat zou waarschijnlijk hierbij helpen?
- Wie zou dat moeten doen?

Het gaat dus om het identificeren van veronderstellingen en basale overtuigingen, en niet zozeer om mooi uitgewerkte concepten. Juist op het gebied van die eerste kan desintegratie optreden. Zo kan het zijn dat een leraar vindt dat de jongere agressief is omdat hij niet goed wordt opgevoed, de ouders vinden dat hij op school onvoldoende cognitief wordt uitgedaagd, de psychiater vindt dat hij behandeld moet worden tegen een depressie, en de mentor – die het bijvoorbeeld meer zoekt in alternatieve geneeswijzen – denkt dat de agressie juist komt door de medicatie.

Wanneer dit alles wordt ingevuld in het raster, kan de hulpverlener alle verschillende perspectieven beter mentaliseren en onderzoeken of er op bepaalde gebieden wellicht elkaar tegenwerkende krachten zijn. Of dat iets helemaal onbekend is. Bijvoorbeeld, toen de eerste auteur bij een FACT-team (van volwassenenzorg) oefende met het raster, bleek dat de betrokken medewerkers van alles wisten over de cliënte, maar eigenlijk geen idee hadden over wat haar partner van haar probleem vond.

Als het raster is ingevuld, wordt het duidelijk waar het het meest zinnig lijkt om twee mensen met elkaar in gesprek te krijgen, om de verschillen te overbruggen of voor elkaar te krijgen dat zij elkaar niet meer (onbedoeld) tegenwerken.

## Aandacht voor systematisch meten

### *Adolescent Integrative Measurement (AIM)*

Eén van de pijlers onder AMBIT is de focus op behandelingen die de kans hebben dat ze effectief zijn. In de initiële fase van een AMBIT-traject wordt er dus ook gebruik gemaakt van instrumenten om de problematiek van de jongere zo in kaart te brengen, dat gericht gekeken kan worden naar welke methodieken het beste ingezet zouden kunnen worden. Een eerste Desintegratie Raster maakt hier onderdeel van uit. Maar ook de Adolescent Integrative Measurement (AIM), een bewerking van de Hampstead Child Adaptation Measure (Target e.a., 2000; figuur 4).

#### **12 – Relaties**

De kwaliteit van de interacties en affectieve relaties tussen leden van het huidige gezin (ouders, broers, zusters en anderen die in het huis wonen). Als de kwaliteit varieert, scoor dan de best functionerende relatie.

*Is dit een sleutelprobleem?* (ja/nee)

Score:

0+: Goed. Relaties zijn warm, vertrouwd, er worden ook gezamenlijk activiteiten gepland en gedeeld en men heeft plezier van elkaars gezelschap.

0: Geen problemen. Over het algemeen positieve relaties, gezinsleden spenderen tijd met elkaar, geen ernstige conflicten.

1: Mild. Relaties zijn over het algemeen positief, maar gelimiteerd contact of getoonde affectie OF milde overbetrokkenheid.

2: Gemiddeld: Relaties zijn neutraal of afstandelijk, slechts af en toe gedeelde activiteiten of gesprekken OF significante overbetrokkenheid/symbiose.

3: Ernstig: Afstandelijke relaties, zonder positieve interactie of gevoelsuitingen, and nauwelijks gezamenlijke activiteiten of gesprekken OF ernstige overbetrokken of symbiotische relaties.

4: Zeer ernstig. De relaties zijn vijandig, destructief en ondermijnend voor de jongere of andere familieleden OF een hoog destructief niveau van overbetrokkenheid/symbiose.

De AIM bestaat uit veertig items, te scoren door de hulpverlener, waarin alle levensdomeinen van de jongere (vrije tijd, school, wonen, gezin, klachten, problemen, drugsgebruik etc.) worden ingeschat. De vragenlijst kan online ingevuld<sup>2</sup> worden, waarna er op basis van de scores en een set rekenregels suggesties worden gedaan voor (*evidence based*) behandelingen. Hierbij moet gedacht worden aan suggesties als: cognitieve gedragstherapie, systeem- en

<sup>2</sup> [http://ambit.tiddlyspace.com/#\[\[AIM%20Form\]\]](http://ambit.tiddlyspace.com/#[[AIM%20Form]])

gezinstherapie, MBT-A, inzet van maatschappelijk werk en dergelijke. Dit helpt kiezen voor *welke interventies voor deze jongere nodig zijn* in plaats van *de interventies die de hulpverlener aantrekkelijk vindt of vertrouwd mee is*.

### **AMBIT AIM Kaarten**

Behalve de AIM die ingevuld wordt door een hulpverlener, zijn er ook de AIM Kaarten (figuur 5; Bevington e.a., 2015). Dit is een set van 52 kaarten, 40 met daarop de items van de AIM verwoord op een meer bij jongeren passende wijze, en 12 ondersteunende kaarten (instructies, placeholders). De afname gaat in een aantal stappen:

- 1 Uitleg aan de jongere over het doel van de kaarten – Dat er er van alles in hun leven gaande is en we daarnaar benieuwd zijn. Dat op de kaarten allerlei dingen staan die in hun leven een rol kunnen spelen.
- 2 Vervolgens vragen we de jongere om de kaarten rustig te lezen en te sorteren op twee stapels: één met dingen die wel, en één met dingen die niet relevant zijn. Als er iets is wat ze (nog) niet willen laten weten, mogen ze dat rustig op de stapel van onbelangrijke dingen leggen. Veelal gebeurt dit deel nog zwijgend. Soms vragen ze verduidelijking.
- 3 Vervolgens wordt gevraagd de kaarten te verdelen in positief en negatief.
- 4 De positieve kaarten worden dan doorgenomen en besproken; het is immers ook van groot belang om dingen te weten die goed gaan – daar kunnen we mogelijk ook gebruik van maken.
- 5 Dan worden de negatieve kaarten gesorteerd naar drie



**Figuur 5: Voorbeeld van een AIM Kaart**

- gradaties: laag, gemiddeld, hoog (het is verstandig om de nummers van de kaarten te noteren die op de diverse stapeltjes komen).
- 6 De kaarten worden dan allemaal naast elkaar gelegd en de vraag gesteld: als je dit nu allemaal zo ziet liggen (vaak een kaart of 10), wat is dan de *top 3* waar je aan zou willen werken – dat hoeven niet allemaal de moeilijkste te zijn? De ervaring leert dat ze dit over het algemeen snel weten.
  - 7 De laatste stap is dan dat je samen met de jongere gaat kijken, op basis van de top drie, welke kaarten daar eventueel bij horen, of er verbanden zijn tussen de verschillende problemen. Er ontstaat op die wijze vaak een soort van *mindmap* van de problemen.

Jongeren laten over het algemeen merken dat ze het een hele prettige manier van werken vinden. Ten eerste (als je het aan het begin van een behandeling doet), omdat ze dan niet meteen over moeilijke dingen hoeven te praten, maar ze gewoon kunnen neerleggen. Eén van de kaarten die ze regelmatig neerleggen als probleem is item 38: ‘Hulpverleners helpen niet echt (ga ze uit de weg)’. Ten tweede omdat ze met de kaarten kunnen schuiven en doen. En vaak zeggen ze dat het op deze manier veel meer overzicht geeft. Het is een goede gewoonte om een foto te maken van het eindresultaat. Deze foto kan er tijdens de behandeling af en toe bij gepakt worden om te kijken of de keuzes nog kloppen. En uiteraard kunnen de kaarten in een latere fase nog eens herhaald worden.

Daarnaast zijn er nog meer manieren waarop de kaarten effectief gebruikt zouden kunnen worden. Bijvoorbeeld in een gesprek met de ouders, wat zij denken dat hun kind zou kiezen, als positieve krachten, of als belangrijkste probleem. De werkwijze van AMBIT zou zijn dat als een hulpverlener dit een aantal keer heeft uitgeprobeerd, hij hiervan dan een pagina aanmaakt in de AMBIT Handleiding. De community kan daar dan iets aan hebben.

### ***AMBIT Practice Audit Tool (APrAT)***

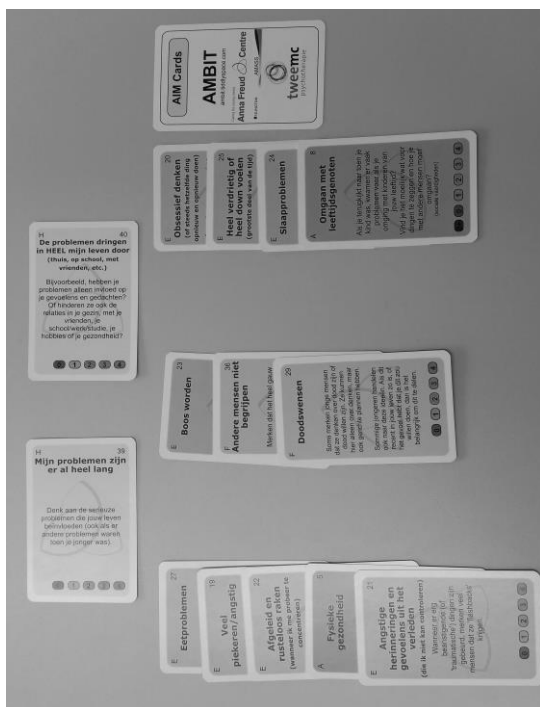
Een op AMBIT gebaseerd team reflecteert met zekere regelmaat op hun omgang met de principes. Daarvoor is er een simpele vragenlijst, met vragen zoals:

- Is het gelukt om een mentaliserende houding vast te houden naar de jongere/zijn gezin (mentaliseren)?
- Heeft het team zich aan alle afspraken gehouden die ze met de jongere en zijn gezin gemaakt hebben (relatie met de cliënt)?
- Was het mogelijk om contact te hebben met collega’s om mijn handelen te bespreken op een sensitieve, gementaliseerde wijze (supervisie/intervisie

structuur)?

- Zijn de sterke krachten in de bestaande relaties van de cliënt geïdentificeerd (versterken van bestaande relaties)?
- Op welke domeinen in het professionele netwerk zijn interventies gepland (werken in meerdere domeinen)?
- Is er een AIM ingevuld, of ander instrument om de uitkomst te meten (respect voor evidence)?

In de vragenlijst worden dus alle aspecten zoals die in het AMBIT-wiel staan doorgenomen. De bedoeling van een dergelijke audit is dan dat je met elkaar vaststelt welk AMBIT houdingsaspect verbeterd kan worden. De AMBIT Handleiding heeft een aantal suggesties hoe aan die aspecten te werken, met rollenspellen en oefeningen.



Figuur 6: AIM Kaarten – voorbeeld ‘mindmap’ – meisje (15) met een eetstoornis

## **Conclusies**

Voor teams die werken met jongeren met complexe problematiek geeft AMBIT een palet aan ondersteunende mogelijkheden, concrete handvatten, duidelijke richtlijnen en andere middelen, waarbij het werken in de relatie in het middelpunt staat. Ook ondersteunt AMBIT teams waarbij hulpverleners uit meerdere organisaties en min of meer eigen perspectieven op goede zorg betrokken zijn, bij moeilijk bereikbare jongeren met meervoudige problematiek. Daarbij wordt in de AMBIT-methode het mentaliseren, het kwetsbare karakter daarvan en het sturen op zo spoedig mogelijk herstel van het mentaliserend vermogen, centraal gesteld. In de praktijk hebben de auteurs gemerkt dat de trainees van het Anna Freud Centre die zich hebben verdiept in de aanpak, het in hun dagelijks werk als zeer ondersteunend ervaren. De attitude om elkaar te ondersteunen in het zo goed mogelijk behouden van een mentaliserende houding in een stressvolle omgeving helpt niet alleen in het omgaan met de extreem moeilijke groep van jongeren, maar is in ieder team – zelfs managementteams – van waarde.

## **Samenvatting**

AMBIT (Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy) richt zich op jongeren die moeilijk te bereiken zijn voor de hulpverlening, en gebruikt daarvoor het gedachtegoed van het mentaliserend werken en richt zich niet alleen op het werken met de jongere en zijn gezin, maar bovenal ook op de samenwerking tussen organisaties, binnen het eigen team en hoe in de hectiek het mentaliserend vermogen zo goed mogelijk in stand te houden.

Een aantal praktische mentalisatie herstellende of bevorderende technieken, waaronder intervisiemethoden, outcome measurement en een tool om desintegratie in teams zichtbaar te maken worden in dit artikel uitgelegd.

*Drs. J.H. Jessurun is klinisch psycholoog en kinder- en jeugdpsychotherapeut. Hij is manager behandeling bij het Centrum Jeugd van GGZ Breburg, hoofddocent psychoanalytische kinder- en jeugdpsychotherapie bij RINO Zuid en heeft een eigen praktijk in Eindhoven. Email: jhjessurun@tweemc.nl.*

*Dr. D. Bevington is kinder- en jeugdpsychiater en verbonden aan CASUS (Cambridgeshire Child and Adolescent Substance Use Service) en aan MST-CAN (Multi Systemic Therapy for Child Abuse and Neglect). Hij werkt parttime bij het Anna Freud Centre in Londen waar hij verantwoordelijk is voor de*

*AMBIT training en training in MBT-F (Mentalization Based Treatment for Families).*

*Dr. P. Fuggle is klinisch psycholoog en werkt als Clinical Director bij de Child and Adolescent Mental Health Services van Islington, waar hij voornamelijk werkt voor moeilijk bereikbare jongeren. Bij het Anna Freud Centre is hij medeverantwoordelijk voor de AMBIT training en ontwikkeling.*

*Prof. dr. G.G. Anthonio studeerde onder andere pedagogiek en is Voorzitter Raad van Bestuur bij Verslavingszorg Noord Nederland. Vanuit deze functie maakt hij deel uit van de stuurgroep FACT Jeugd in Friesland. Tevens is hij als bijzonder hoogleraar verbonden aan de Rijksuniversiteit van Groningen op de leerstoel 'Sociologie van Leiderschap, Organisaties en Duurzaamheid'.*

## **Literatuur**

- Bevington, D., Fuggle, P., & Jessurun, J.H. (2015). *AMBIT AIM Kaarten*. Eindhoven: TweeMC.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset : the new psychology of success*. New York (NY): Ballantine Books.
- Gergely, G., Egyed, K., & Királi, I. (2007). On Pedagogy. *Developmental Science*, 10 (1), 139–146.
- Jessurun, J.H., Bevington, D., Fuggle, P., & Anthonio, G.G. (2015). Outreachend mentaliserend werken met moeilijk te bereiken jongeren – AMBIT: 1. Uitgangspunten en basishouding. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 42 (3).
- Target, M., Fonagy, P., Schneider, T., Ensink, K., & Janes, K. (2000). *Raters' Manual for the Hampstead Child Adaptation Measure (HCAM)*. London: University College and the Anna Freud Centre.



