

De psychiatrische verpleegkunde: bevlogen, burned out of verlangend

Abstract

De psychiatrisch verpleegkundige anno 2016 staat voor de opdracht zich evidence based te professionaliseren binnen een klinisch veld dat, mede door de invoering van artikel 107, grondig hervormd wordt. Opdat dit niet zou uitmonden in een verdere toename van burn-out en een ware crisis binnen de professie, dient een paradigmashift zich aan. Het medisch paradigma inruilen voor het paradigma van de therapeutische relatie zorgt voor een terugkeer naar de kern van het beroep waardoor de identiteit van de verpleegkunde (opnieuw) vorm krijgt. De introductie van de notie van het verlangen van de gedeelde psychiatrisch verpleegkundige, biedt de mogelijkheid om de huidige uitdaging als opportuniteit te zien.

Psychiatrische verpleegkunde anno 2016

Het beroep van psychiatrisch verpleegkundige kent een eigen geschiedenis. In de gestichten werden de oppassers vervangen door verplegers met een roeping. Als een goede moeder poogde men vanuit een caritasgedachte de zieke te verzorgen. De arts bepaalde het beleid en de uitvoering ervan, waardoor verplegers de medische wereld werden binnen geloodst. In het kielzog van de medische wetenschap voer men koers richting Evidence Based Nursing (E.B.N.). Het was niet langer voldoende om vanuit naastenliefde goede zorg te bieden, de zorg diende wetenschappelijk gefundeerd te zijn. Vanuit een medisch paradigma nam het weten toe wat resulteerde in de ontwikkeling van verpleegkundige modellen, visies, diagnoses en zorgplannen. De verwetenschappelijking en professionalisering van het beroep wordt in toenemende mate gepromoot. Zo werd in 2013 de bijzondere beroepstitel verpleegkundigen gespecialiseerd in geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie in het leven geroepen. De verplegers van weleer hebben plaats geruimd voor de evidence based verpleegkundigen.

Ondertussen bereidt men zich in de kliniek voor op de hervormingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De invoering van het artikel 107 streeft de vermaatschappelijking en efficiëntie van de zorg na. De hervorming zal ongetwijfeld een impact hebben op de praktijk van de verpleegkundigen. De huidige dynamiek en onzekerheid kan een opportuniteit worden om het verpleegkundig beroep verder te ontwikkelen. Het nodigt uit om stil te staan bij de essentie en de toekomst van de professie.

Enerzijds neemt de kennis, kunde en rol van de verpleegkundige toe, anderzijds zijn er duidelijke signalen dat het knelpuntberoep knelt. Het artikel "The slow death of psychiatric nursing" stelt dat psychiatrisch verpleegkundigen lijden aan een identiteitscrisis (Holmes, 2006). Uit onderzoek, in 2012 verricht door Aiken et al, blijkt dat 25% van de Belgische verpleegkundigen zich uitgeblust voelt, 22% ontevreden is en 30% overweegt om de job binnen een jaar te verlaten (Aiken et al, 2012). De FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal

Overleg gaf de opdracht burn-out bij artsen en verpleegkundigen te onderzoeken en aanbevelingen te formuleren (Vandenbroeck et al, 2012). In 2013 onderzochten Geuens en Franck de onderlinge relaties tussen persoonlijkheid, interpersoonlijk gedrag en outcome parameters zoals burn-out, stress, jobtevredenheid, intentie om de job te verlaten en absenteïsme om een kwetsbaar persoonlijkheidsprofiel voor verpleegkundigen te identificeren (Geuens en Franck, 2013). In 2014 werd de Welzijnswet gewijzigd waardoor elke voorziening aandacht dient te besteden aan psychosociale risico's als stress en burn-out. In 2015 hield de beroepsvereniging N.V.K.V.V. een congres rond het "Herstel van het psychiatrisch verpleegkundig beroep. De geestelijke gezondheid(szorg) in tijden van toenemend maatschappelijk onbehagen" (N.V.K.V.V., 2015).

De psychiatrisch verpleegkundige anno 2016 staat voor de opdracht zich te behoeden voor een burn-out en zich evidence based te professionaliseren binnen een klimaat van hervormingen. Het is mijn opinie dat een paradigmaverschuiving zich aandient omdat het medisch paradigma tekort schiet. Ik wil dit illustreren door vanuit een psychoanalytisch perspectief burn-out te benaderen en te getuigen over hoe ik in de kliniek, vanuit het verlangen van een gedeelde psychiatrisch verpleegkundige, subjecten probeer te ontmoeten.

Burn-out vanuit psychoanalytisch perspectief

Stijn Vanheule beschrijft hoe het fenomeen burn-out op twee manieren kan geïnterpreteerd worden (Vanheule, 2001). Volgens de procesvisie wordt burn-out als het gevolg beschouwd van een chronisch en geleidelijk lopend proces. De persoon met een burn-out lijkt een workaholic die zich grenzeloos inspant, maar die op een gegeven ogenblik uitgeput en ontgoochelt raakt. Dit mechanisme maakt het mogelijk om bepaalde vormen van stress, mentale uitputting en vermoeidheid te begrijpen. Iemand kan bijvoorbeeld de keuze maken om verpleegkundige te studeren vanuit het Ik-ideaal te zorgen voor anderen. Hij identificeerde zich met dit Ik-ideaal door als kind antwoord te willen bieden op zijn depressieve moeder. Hij interpreteerde de leegte en het tekort van de moeder als een vraag naar hem toe en nam dit op zich door zich als verzorger naar haar toe te gedragen. Op die manier kon hij ingaan op het verlangen van de Ander en erkenning krijgen. Het wordt een deel van zijn identiteit om het Ik-ideaal, zijnde het zorgen voor, te realiseren in de toekomst. Vanuit het narcistische Ideaal-Ik koestert hij de almachtidee uniek te zijn, bijvoorbeeld door de illusie goed te zijn voor iedereen en iedereen te kunnen helpen. Wanneer zo iemand gaat werken met mensen met een depressie is het niet ondenkbaar dat hij geconfronteerd wordt met angst, onmacht en falen. Om dit te kunnen ontkennen zet hij zich steeds meer in en streeft ernaar de perfecte verpleegkundige te *zijn*. Hij probeert er alles aan te doen om ervoor te zorgen dat het Ideaal-Ik niet wankelt en het Ik-ideaal bereikt kan worden. Echter, de realiteit van het werken met mensen met een depressie, geeft het Boven-Ik continu de kans hem erop te wijzen dat het nooit genoeg is. Hij kan niet *hét* zijn voor iedereen noch voor iedereen zorgen. De frustratie neemt alsmaar toe. Angst, onmacht, agressie... valt niet langer te ontkennen. Hij belandt in een burn-out.

Om vormen van burn-out te kaderen waarbij een plotse breuk in het werkengagement ontstaat, wordt beroep gedaan op de notie van het conflict (Vanheule, 2001). Het subject

verliest een stuk identiteit vanuit het gevoel dat de Ander de ankerpunten van de (professionele) identiteit radicaal in vraag stelt. In het geval van burn-out doet zich een conflict voor op het niveau van het fantasma. Als het stabiliserende Ik-ideaal in de sociale relatie radicaal wordt aangevallen, treedt een als destabiliserende ervaren verhouding ten aanzien van de Ander op de voorgrond. Waar het Ik-ideaal wordt weggenomen, zijn effecten van depersonalisatie te verwachten. De vroeger als garant ervaren Ander treedt hierbij plots als bedreigende instantie op de voorgrond. Het subject voelt zich buiten het verlangen van de Ander geworpen, wat gelijkenissen vertoont met het depressiemechanisme. Het subject wordt teruggeworpen op haar subjectief tekort, de idiote leegte die de kern vormt van elk subject en waarvoor het Ik-ideaal een oplossing was. Laten we het voorbeeld hernemen van de psychiatrisch verpleegkundige die vanuit zijn Ideaal-Ik goed is voor iedereen en vanuit een Ik-ideaal zorgt voor anderen. Indien de man zich jaren vol overgave inzet voor zijn werk en hierin erkend wordt door zijn vrouwelijke hoofdverpleegkundige, kan één voorval plots voor een conflict zorgen. Wanneer hij de opdracht krijgt een nieuwe collega wegwijs te maken, stelt hij zich op als mentor en neemt hij het op zich om goed te zorgen voor haar. Hij merkt dat de nieuwe collega minder gedreven is en weinig contact neemt met patiënten. Patiënten richten zich vaak tot hem en hij neemt het merendeel van de taken op zich. Zijn Ideaal-Ik lijkt hierdoor nog meer bevestigd en zijn Ik-ideaal haalbaar. Wanneer de hoofdverpleegkundige geconfronteerd wordt met een relatiebreuk, wendt ze zich huilend tot de nieuwe collega. Hierop breekt hij, zijn fantasma spat uit elkaar. Na jaren inzet, doet zijn overste appel op een, in zijn ogen, weinig zorgende ander en voelt hij zich plots uit het verlangen van de Ander geworpen. Hij verliest de ankerpunten van zijn identiteit. Hij is niet hét voor de hoofdverpleegkundige en het kunnen zorgen voor haar wordt hem ontzegd. Van het ene moment op het andere is het voor hem onmogelijk om (verpleegkundige) te zijn.

Burn-out is een verzamelterm voor diverse problemen met een gelijkaardige symptomatologie waarachter meerdere verschillende psychische dynamieken schuil kunnen gaan (Vanheule, 2001). De psychoanalyse beschikt over een theoretisch kader rond het fenomeen burn-out wat zich vertaalt in de implicaties voor de behandeling. Het proces of conflict dat aan de basis ligt, kan door het subject binnen het specifieke kader van de therapie, op particuliere wijze bewerkt worden.

Van bevlogenheid tot burn-out en terug

Burn-out wordt uitgebreid evidence based onderzocht. In het onderzoek van Vandebroek et al (2012) naar burn-out bij artsen en verpleegkundigen lijken burn-out en bevlogenheid twee uitersten van een continuüm te vormen. Aan de ene kant heeft men de energie niet meer om als verpleegkundige te werken, aan de andere kant van het continuüm lijkt het subject samen te vallen met zijn rol en is hij verpleegkundige. Psychoanalytisch gezien is een toestand van opperste voldoening een onmogelijkheid en wijst het op een illusie vanuit de ontkenning van het onbewuste en het tekort. De sterke betrokkenheid kan wijzen op een te sterke libidineuze bezetting waarbij het fantasma geleidelijk of plots kan doorprikt worden en de imaginaire symbiotische relatie barst. Het nastreven van bevlogenheid, zoals de onderzoekers het definiëren, creëert volgens mij de condities van een burn-out omdat er sprake is van idealisatie in plaats van sublimatie. Indien men in de praktijk, vanuit een medisch paradigma, de voorgestelde maatregelen

(Vandenbroeck et al, 2012) invoert garandeert dit geen genezing. Laten we dit illustreren aan de hand van het voorbeeld van de verpleegkundige die de illusie heeft goed te zijn voor iedereen en vanuit een Ik-ideaal wil zorgen voor anderen. Wanneer de eerste symptomen zichtbaar worden, kan men hem afstandelijke betrokkenheid aanraden. Het is niet ondenkbaar dat dit weerstand oproept. Zijn identiteit is opgebouwd rond het zorgen voor anderen, wat zich vertaalt in zijn oeverloze engagement. Dit moeten temperen, onder het mom van “je moet het je minder aantrekken”, is voor hem een afwijzing wat net kan resulteren in een burn-out. Een cursus time- en stressmanagement of relaxatieoefeningen zullen hem niet voor een conflict behoeden wanneer zijn hoofdverpleegkundige gaat uithuilen bij de collega. Het bevorderen van informele momenten kan er voor zorgen dat hij plots ziet dat zijn hoofdverpleegkundige de nieuwe collega prefereert boven hem. Evengoed kunnen maatregelen iets in beweging brengen. De verpleegkundige kan tijdens een functioneringsgesprek de tijd en ruimte krijgen en nemen om vrij te spreken over zijn rol en de frustratie die dit met zijn meebrengt. Hoe beide partijen zich tijdens het gesprek verhouden tot elkaar zal cruciaal zijn.

Vanuit medisch perspectief is burn-out een ziekte die gekenmerkt wordt door werkgerelateerde psychische symptomen. Mijn inzien bevat de vooropgestelde behandeling weinig ruimte voor de psyché en is de kans groot dat dit aanleiding geeft tot therapieresistente verpleegkundigen. De psychische dynamieken die aan de oorsprong liggen van een burn-out kunnen enkel binnen een therapeutische relatie subjectief bewerkt worden.

Fragmenten uit een parcours van een gedeelde verpleegkundige

Een vrouw weigerde te geloven dat ze een depressie had. Ze zei dat ze “een krak” gekregen had maar niet depressief was. Elk gesprek draaide uit op een monoloog waarbij ze poogde aan te tonen niet depressief te zijn. Tijdens zo een gesprek onderbrak ik haar en zei ik dat de discussie zin-loos was omdat ze voor mij een subject was dat een krak gekregen had. Ze was verrast en viel letterlijk stil wat de deur opende voor haar verhaal. Wanneer haar lichamelijke klachten opnieuw op de voorgrond kwamen, was het alsof ze opnieuw een krak kreeg. Bij opname had ze stellig beweerd dat ze haar verleden verwerkt had, maar nu voelde ze hoe haar geschiedenis fysiek in het hier en nu verscheen. Initieel waren haar lichamelijke klachten volgens haar een zuiver medisch probleem. Gaandeweg werden de lichamelijke fenomenen door de betekenaar “krak” ingebed in haar verhaal en nam de intensiteit af, wat met veel affekt en vallen en opstaan gepaard ging.

Een vrouw zei dat het echt niet goed ging. Ze zei gek te worden en had angst opnieuw naar afzondering te moeten. Tijdens een vorige opname was ze in soortgelijke toestand naar afzondering gebracht, wat voor haar een zeer traumatische ervaring was geweest. Ik zei dat ze tijdens mijn nachtdienst niet naar de gesloten afdeling zou getransfereerd worden en dat ik er was voor haar. Na de opname vertelde ze dat deze garantie van mij er voor zorgde dat ze zich veilig voelde wanneer ik werkte, waardoor ze niet gek werd en opnieuw kon spreken bij de psycholoog.

Een man werd in crisis naar de afdeling gebracht. Hij maakte dierlijke geluiden en sloeg wild om zich heen. Hij werd naar zijn bed gebracht en opgedragen te blijven liggen, rustig

te ademen en de medicatie zijn werk te laten doen. De man had mij voorheen verteld dat als “het gebeurt” hij “moet bewegen”. Dit werd hem nu onmogelijk gemaakt waardoor hij nog meer overgeleverd was aan het Reële. Ik vroeg of hij naast het bed wou gaan staan opdat hij zou kunnen bewegen. Ondertussen bleef ik op rustige toon met hem spreken en geleidelijk aan namen de bewegingen in intensiteit af. Achteraf zei hij; “gij verstaat mij”. Een meisje had licht geautomutileerd en kwam in paniek naar mij. Ze had angst dat het snijden terug haar probleem ging worden. Ze zakte letterlijk in elkaar. Ik hurkte naast haar en zei dat het niet terug haar probleem was. Ik verzorgde zeer uitgebreid haar wonden en liet haar vertellen. Mijn antwoord en de verbanden die ik aanbracht, begrepen haar lichaam en waren voor haar een bewijs dat er voor haar zorg gedragen werd en ze iemand was voor een ander.

Een vrouw uitte zich suïcidaal. Ze zei levensmoe te zijn en huilde onophoudelijk. Doorheen haar spreken viel mij op dat de betekenaar “moeten” zich herhaalde. Toen ik zei dat ze mij eerder moeten-moe dan levensmoe leek, verraste dit haar. Het opende de mogelijkheid om een andere positie in te nemen ten opzichte van het leven en de Ander waarbij ze het moeten symbolisch bewerkte.

Psychoanalytic Based Nursing

Evidence Based Nursing zorgde voor een toenemende variatie van therapeutische interventies, maar separeerde het *wat* (techniek) van het *hoe* (hoe patiënt en verpleegkundige zich tegenover elkaar gedragen) van de therapie (Perraud et al, 2006). Een psychiatrisch verpleegkundige kan vol zijn van kennis en techniek, maar leeg in de verhouding tot de patiënt. Townsend (1998) beschrijft bij de verpleegkundige diagnose ‘dreigend geweld, gericht tegen zichzelf’ als korte termijndoelstelling dat de patiënt een mondeling contract sluit dat hij zichzelf tijdens de dienst van de verpleegkundige geen letsel zal toebrengen (Townsend, 1998, pp 39-40). Een mogelijke interventie is de patiënt rechtstreeks vragen: “Denkt u er wel eens over om een einde aan uw leven te maken? Zo ja, hoe denkt u dit te doen? Beschikt u over de middelen om dit plan uit te voeren?”. Het letterlijk uitschrijven wat je als verpleegkundige moet doen en zeggen, lijkt houvast te bieden maar kan je in de praktijk vastzetten. Een verpleegkundige die in contact met een suïcidale patiënt overspoeld wordt door angst, kan telkens opnieuw de ‘tips en trics’ uniform toepassen. Objectief wordt er professioneel gehandeld maar bij pragmatische oplossingen is van subjectivering vaak geen sprake. Alhoewel E.B.N. ondoordachte rituelen van verplegers wil verbannen, worden nieuwe rituelen gecreëerd. Freud (Evans et al, 2008, pp 41) zei dat een ritueel angst kan onderdrukken doordat onbewuste gedachten weggeduwd worden. Het blokkeren van affekt en het niet-denken, zorgt ervoor dat men niet geraakt wordt. Deze depersonalisatie resulteert in het stoïcisme van de verpleegkunde, wat de perfecte conditie creëert voor een burn-out. Patiënten geven net duidelijk aan dat ze de vertrouwensrelatie belangrijk vinden en dat ze de waarden en attitudes van de verpleegkundige meer waarderen dan technische vaardigheden (Mc Andrew et al, 2014). Patiënten hechten meer belang aan de praktische en interpersoonlijke aspecten van de behandeling dan de meer technische componenten. Ik voer geen pleidooi om techniek over boord te gooien maar om de therapeutische relatie de aandacht te geven die ze verdient. De therapeutische relatie wordt gemarginaliseerd wegens gebrek

aan empirische evidentie met betrekking tot de effectiviteit en wegens incongruentie met de neurobiologische pathologie en psycho-farmacologische behandeling (Crowe, 2004). Rationaliteit neemt aan dat er maar één ware versie is van de realiteit en dat menselijk gedrag consistent, verklaarbaar, objectief en doelbewust is. Echter, het onbewuste tart de rationaliteit en opereert op symbolisch niveau. Wanneer een patiënt niet medicatietrouw is, kan men psycho-educatie geven opdat de patiënt zijn gedrag zal wijzigen. Indien alle moeite tevergeefs blijkt, zorgt dit voor frustratie. Er is weinig begrip of tolerantie ten aanzien van medicatieontrouw. Er wordt al snel de link gelegd met gebrek aan motivatie, immaturiteit, therapieresistentie enzovoort. Deze gedachtegang lijkt analoog met de informatiecampagnes rond gezonde levensstijl voor ziekenhuispersoneel om het ziekteverzuim in te perken. Misschien gaat men ervan uit dat verpleegkundigen moeten geïnformeerd worden omdat ze onwetend, ongemotiveerd en of immatuur zijn? Wanneer men uitgaat van het feit dat de mens geen puur rationeel wezen is, kan men enkel door middel van interactie voeling krijgen met en linken leggen tussen het gedrag en onbewuste processen.

In een maatschappij waar steeds minder ruimte is voor het psychisch conflict, houdt de vermaatschappelijking van de psychiatrie gevaren in. De psychiatrie kan zich hoofdzakelijk gaan focussen op inventarisatie van symptomen, het stellen van diagnoses en van bij aanvang van de opname reeds nadenken over een mogelijke doorverwijzing of ambulante behandeling. Wordt de psychiatrie een transitzone waar een subject in crisis getransformeerd wordt tot een te observeren onderzoeksobject? Gaat men op voorhand de motivatie van de patiënt screenen en berekenen om te weten in welke mate hij kans maakt op een succesvolle opname? Zal er nog plaats, tijd of ruimte zijn in de psychiatrie voor het subject, het verschil, het tekort...? Gaan verpleegkundige gescreend worden op kennis én persoonlijkheid? Gaan verpleegkundigen hun kernopdracht (moeten) opgeven? Uit onderzoek van Norcross et al (Perraud et al, 2006, 220) blijkt nochtans dat de therapeutische relatie een grotere impact heeft op verandering dan de behandeling zelf. Het risico bestaat dat een psychiatrisch verpleegkundige enkel nog de rol toegewezen krijgt van oppasser, zonder caritasgedachte, die kundig is in het toepassen van standaarden en zorgplannen. Opdat dit doemscenario geen realiteit wordt, dient een paradigmashift zich aan.

Het ministerieel besluit aangaande de bijzondere beroepstitel (Belgisch Staatsblad, 24 april 2013) expliciteert diverse domeinen waarbinnen een verpleegkundige zich theoretisch kan bijscholen. Uitgaande van de diversiteit van de praktijk en de therapeutische relatie als kern van de psychiatrische verpleegkunde, is het voor de hand liggend dat het medisch paradigma te beperkt is. Het paradigma van de therapeutische relatie is een evidente keuze zodat de verpleegkundige als krachtige en dynamische therapeutische bron niet langer onbenut blijft (Cameron et al, 2005). Volgens Peplau (Gastmans, 1998: p.1315) kan verpleegkunde niet gereduceerd worden tot een empirische wetenschap die enkel de verificatie en definitie van objectiveerbare fenomenen betreft. Verpleegkunde kan volgens haar niet alleen een neutrale, technische zaak zijn die enkel in termen van efficiëntie kan geëvalueerd worden. Het voorzien van zorg kan enkel ontstaan in een particuliere context. Verpleegkundige theorieën hebben, volgens Peplau, niet als doel de waarheid te ontdekken maar wel de praktijk mogelijk te maken en te verbeteren.

Verpleegkundigen bezitten kennis maar vinden de verpleegkunde uit bij het verplegen van elke nieuwe patiënt (De Raeve, 2002). Een psychiatrisch verpleegkundige die zich permanent bijschoolt en telkens opnieuw de verpleegkunde uitvindt, maakt een ethische keuze en biedt vanuit een subjectieve positie kwaliteitszorg. De verpleegkundige theorie generaliseert terwijl goede effectieve zorg gebaseerd is op het unieke van de relatie en de bereidheid om het individu en het systeem te begrijpen (Franks, 2004). Dit zou mogelijks kunnen verklaren waarom er een kloof is tussen de verpleegkundige wetenschap en de praktijk, terwijl er een continue kruisbestuiving noodzakelijk is.

Psychoanalyse kan een kader bieden voor de psychiatrische verpleegkunde om de therapeutische relatie vorm te geven. Kennis van het onbewuste, de subjectwording en de drie registers maken subjectivering van de verpleegkundige en de patiënt mogelijk. Indien verpleegkundigen vertrouwd zijn met het Reële, het Symbolische en het Imaginaire, helpt dit symptomen te begrijpen (inclusief hun eigen symptomen) en het belang ervan (Mcsherry, 2013). Het symptoom is een symbolische constructie, een netwerk van betekenaars, geclusterd rond een reële kern. Omdat de kern van een symptoom enkel benaderd kan worden maar nooit gesymboliseerd, herhaalt het zich. Pogingen tot normaliseren, controleren of veranderen van de particuliere wijze van zijn heeft geen zin. Dit staat in schril contrast met de huidige cultuur die eist dat iedereen gelukkig is en dat elk probleem of vraag een pasklaar antwoord krijgt, wat mijlenver verwijderd is van de realiteit en het zijn van het subject. Het nastreven van volledigheid en gelukzaligheid werkt frustratie en burn-out in de hand. Werken met het symptoom impliceert tolerantie en het proberen begrijpen wat het symptoom is voor de patiënt. Dit gebeurt vanuit een voorzichtige dialoog met de patiënt, zelfreflectie, intervisie en supervisie. Verpleegkunde vanuit psychoanalytisch perspectief verwacht geen voorspelbare outcome, maar accepteert en promoot het verschil op een reflectieve en verantwoordelijke wijze. We weten nooit echt wat de ander bedoelt, wanneer hij spreekt over zichzelf, omdat er altijd een eindpunt is van begrip. Empathie is een imaginaire constructie wanneer men vanuit een spiegelende relatie de ander als zichzelf wil zien. Wanneer een verpleegkundige snel denkt te weten in welk hokje iemand past en welke actie ondernomen moet worden, kan de patiënt niet meer aan het werk gaan door te proberen zeggen wie hij is. Op die manier wordt het verlangen en de creativiteit van de verpleegkundige en de patiënt in de kiem gesmoord. Notie van de betekenaarsketting kan een hulp zijn in het kunnen tolereren van ambiguïteit, contradictie en omkering, wat inherent is aan het werken met anderen. Indien verpleegkundigen het primaat van de taal en het verlangen ter harte nemen, heeft de therapeutische relatie een kans om vorm te krijgen, zelfs in deze tijden van verandering. De identiteit van de verpleegkundige krijgt telkens opnieuw vorm wanneer zij zich tot iemand verhoudt. Vanuit het verlangen van de gedeelde psychiatrisch verpleegkundige is er een mogelijkheid om te kunnen blijven werken met de Ander (patiënt, collega...), ook al is het een onmogelijk beroep. Het is een verlangen om een Ander te ontmoeten en zijn verhaal in zijn taal te horen, met al zijn nuances. Het is ook een verlangen dat impliceert dat je de verantwoordelijkheid neemt om je eigen onbewuste niet te negeren maar te horen. Een gedeelde verpleegkundige durft de vraag te stellen waarom ze ooit koos en nog steeds kiest voor het beroep, zonder het nietszeggende en dooddoende antwoord te geven; “om mensen te helpen”. Wanneer je vanuit je eigen verhaal probeert een antwoord te construeren (dat nooit eindig is), onderdruk je je onbewuste minder en richt

je je zowel naar jezelf (door de Ander) als naar de Ander. Het belang hierbij van intervisie en supervisie heeft geen betoog. Het unieke van de therapeutische relatie moet prioritair zijn omdat het de mogelijkheid tot autonomie, subjectivering en vrijheid in zich draagt. Slechts hierdoor kan de identiteit van de psychiatisch verpleegkundige én de patiënt een kans krijgen.

Ann D'Hoye

Bibliografie

L.H. Aiken, W. Sermeus, K. Van den Heed, D.M. Sloane, R. Busse, M. McKee, A.M. Rafferty, P. Griffiths, M.T. Moreno-Casbas, C. Tishelman, A. Scott, T. Brzostek, J. Kinnunen, R. Schwendimann, M. Heinen, D. Zikos, I. Stromseng Sjetne, H.L. Smith, A. Kutney-Lee (2012), *Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. British Medical Journal, 20, 344 pp.

D. Cameron, R. Kapur, P. Campbell (2005), *Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 12, pp 64-74.

M. Crowe (2004), *The place of the unconscious in mental health nursing*. International journal of mental health nursing, 13, pp 2-8.

L. De Raeve (2002), *Trust and trustworthiness in nurse-patient relationships*. Nursing Philosophy, 3, 2, pp 152-162.

A.M. Evans, D.A. Pereira, J.M. Parker (2008), *Discourses of anxiety in nursing practice: a psychoanalytic case study of the change-of-shift handover ritual*, Nursing Inquiry, 15 (1), pp 40-48.

V. Franks (2004), *Evidence-based uncertainty in mental health nursing*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 11, pp 99-105.

C. Gastmans (1998), *Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau*. Journal of advanced nursing, 28, 6, pp 1312-1319.

N. Geuens, E. Franck (2013), *Burn-out in de hulpverlening: wat maakt verpleegkundigen zo kwetsbaar?* Karel de Grote-Hogeschool, 25 pp.

C.A. Holmes (2006), *The slow death of psychiatric nursing: what next?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13, pp 401-415.

S. McAndrew, M. Chambers, F. Nolan, B. Thomas, P. Watts (2014), *Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards*. International journal of mental health nursing, 23, pp 212-220.

A. Mcsherry (2013), *Jacques Lacan's theory of the subject as real, symbolic and imaginary: how can Lacanian theory be of help to mental health nursing practice?* Journal of psychiatric and mental health nursing, 20, pp 776-781.

N.V.K.V.V. (2015), *Congres: Herstel van het psychiatrisch verpleegkundig beroep. De geestelijke gezondheid(szorg) in tijden van toenemend maatschappelijk onbehagen*.

S. Perroud, K.R. Delaney, L. Carlson-Sabelli, M.E. Johnson, R. Shepard, O. Paun (2006): *Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: therapeutic relationship in the 21 century*. *Perspective in psychiatric care*, 42 (4), pp 215-226.
M.C. Townsend (1998), "Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie", Reed business, 324 pp.

S. Vandenbroeck, E. Van Belle, H. De Witte, E. Moerenhout, M. Sercu, H. De Man, E. Gerven, W. Sermeus, L. Godderis (2012), *Samenvattend rapport. Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen*. 67 pp.

S. Vanheule (2001), *Burn-out en psychoanalyse: van een procesvisie naar een conflictmodel*. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 27, 4, pp 278-294.