



Dit artikel brengt verslag uit van onze klinische ervaring en onze reflecties over de behandeling van adolescenten in de pediatrie na een poging tot zelfdoding. Deze somatische toegangspoort tot dit crisismoment is een kans om over te gaan tot een vraagstelling van individuele en familiale aard, om het onuitspreekbare lijden van de jongere naar boven te halen, het te erkennen en de middelen rondom hem of haar aan het werk te zetten. Dit werk vergt een bondgenootschap met de adolescent, diens familie, en een constructieve samenwerking met de pediatrische teams, wat een evenwichtsoefening kan worden.

BEHANDELING OP DE AFDELING PEDIATRIE VAN ADOLESCENTEN DIE EEN POGING TOT ZELFDODING ACHTER DE RUG HEBBEN. STAND VAN ZAKEN VAN ONZE KLINISCHE PRAKTIJK



**Carole Maquoi, Mélissa Lambion,
Emmanuel de Becker**
Dienst kinder- en jeugdpsychiatrie,
Cliniques universitaires St Luc, Brussel

Inleiding

In het artikel stellen we voor om onze theoretische reflecties en ondersteuning bij de behandeling van jonge adolescenten die na een poging tot zelfdoding in het ziekenhuis zijn opgenomen, te delen op grond van onze ervaring als kinderpsychiatrisch verbindingsteam dat optreedt in de pediatrie. Als leidraad voor dit relaas gebruiken we de metafoer van de avonturier...

De psychologe of assistente in de kinderpsychiatrie die op een kinderafdeling aankomt, is net als een avonturier die pas op de planeet 'Octo Pediatria' is geland.

Deze avonturier is opgegroeid op de naburige planeet 'Sedes Psychiatrica'. Daar heeft ze de plaatselijke dialecten leren spreken en het weer leren kennen aan de voortekenen van weersveranderingen en seizoenswisselingen. Ze kreeg instrumenten aangereikt om de wereld rondom haar te begrijpen en de nodige handelingen uit te voeren. Ze leerde ze aan te wenden en heeft ze in haar rugzak gestopt. Nu vertrekt ze vol goede moed naar 'Octo Pediatrica'...

De behandeling aanvatten via een somatische toegangspoort kan minder stigmatiserend zijn, en kan de jongere en diens familie ruimte geven om 'hun waakzaamheid wat te laten verslappen'...

Daar aangekomen merkt ze – zoals de Ouderen haar al hadden verteld – dat ze zonder problemen kan ademen en bewegen. Vervolgens ontdekt ze deze onbekende planeet. Het eerste wat nieuwkomers op deze planeet leren, is dat de inlanders prima marathonlopers zijn die liever rennen dan wandelen. De avonturierster verneemt vervolgens dat het weer niet dezelfde grillen vertoont en dat de dagen en seizoenen sneller verlopen. Zodra ze het hardlooptempo aankan, kan ze de lokale bevolking benaderen en hen proberen aan te spreken. Blijkbaar gebruiken ze een gemeenschappelijke taal, maar wel een ander dialect dan het hare. Dit opent de mogelijkheid om te communiceren, ook al kan er bij elke dialoog sprake zijn van een eenzijdig of wederzijds misverstand.

De avonturierster stelt je voor om een paar kilometer met haar mee te lopen op 'Octo Pédiatrica'... Ga je met haar mee?

Achtergrond en context

Octo Pediatrica, waar wij het over hebben, groepeerde de kindergeneeskundige diensten van een Brussels academisch ziekenhuis. De term 'academisch ziekenhuis' doet meteen denken aan hypergespecialiseerde diensten en tweede- of derdelijnszorgverlening, ook al brengt de algemene nooddienst gevallen van allerlei aard naar de instelling. We treden op in 6 verschillende afdelingen pediatrie met specifieke realiteiten op het terrein. Onze somatische gesprekspartners zijn dan ook

veelvuldig, met diverse en gevarieerde behoeften. De betrokken teams zijn gespecialiseerd in deelgebieden van de kindergeneeskunde, zonder betrokkenheid van de kinderpsychiatrie. Deze complexiteit vergt veel aanpassingsvermogen om de weg te vinden door dit kluwen van institutionele en klinische realiteiten.

Terug naar onze avonturierster. Af en toe vragen de inlanders - na haar vaardigheden te hebben getest - naar haar mening over de te volgen weg. Nu moet je weten dat de op Sedes Psychiatrica ontvangen instrumenten meestal een nauwlettende installatie en ook tijd vergen om te kunnen inwerken op het milieu, aspecten die vaak onverenigbaar lijken met de levenswijze op deze planeet. Maar dat is buiten de creativiteit en flexibiliteit van onze avonturierster gerekend. Zij zal leren om tijdens het hardlopen dingen uit haar rugzak te graaien en bepaalde instrumenten op de palm van haar hand te openen in plaats van op de grond. Soms zal ze

– met een behoorlijke hoeveelheid diplomatie en een doorgedreven kennis van hun gebruiken – de inlanders niettemin moeten vragen om te vertragen of zelfs even halt te houden, zodat ze haar eigen middelen kan inzetten. Deze werkwijze is onvermijdelijk, aangezien er in sommige situaties geen andere mogelijkheid bestaat dan halt te houden om er toelichting bij te geven en ermee te werken. Gelukkig verloopt dit het merendeel van de tijd zonder problemen. De realiteit van het samenwerken betekent dat er weinig tijd rest om inzicht te krijgen in een situatie en de behandeling de beste richting uit te sturen. De druk die op onze collega's in de pediatrie rust door budgettaire beperkingen (financiering van bedden) en de noodzaak om bedden beschikbaar te stellen tijdens een epidemie, kan onverenigbaar zijn met de nodige tijd om effectief in te grijpen in deze complexe situaties waarin zowel lichamelijke als psychische aspecten meespelen. Wederzijds respect en duidelijke communicatie zijn twee onontbeerlijke elementen om een gemeenschappelijke grondslag te leggen die bevorderlijk is voor een efficiënt partnerschap (1).

Het werk in de kindergeneeskunde omvat tal van obstakels, maar ook kansen. Zo biedt een afdeling pediatrie minder ondersteuning en minder structuur dan een afdeling kinderpsychiatrie bij 'psychiatrische' symptomen, zeker wanneer die worden geëxternaliseerd. De uitdaging op ons niveau bestaat er dan in om dit gebrek aan structuur te compenseren en met de patiënt te werken aan co-creatie. Dit gezegd zijnde, kan het aanvatten van de behandeling via een somatische toegangspoort minder stigmatiserend zijn en de jongere en diens familie ruimte geven om 'hun waakzaamheid wat te laten verslappen' ... en ons op die manier te laten binnenkomen via onze somatische collega's, om weer andere poorten te openen...

Definities

Laten we, zonder volledig te zijn, de centrale begrippen van het artikel definiëren, namelijk ‘adolescent’ en ‘suïcidaal gedrag’.

Volgens Humbeeck (2) is de adolescent “een hybride wezen. Geen kind meer, maar ook nog geen volwassene, iemand die zich definieert vanuit een turbulente periode waarin neuropsychologische veranderingen, fysiologische kenteringen, hormonale aanpassingen en identiteitsstoornissen met elkaar samengaan, zich vermengen en zo een somatisch en psychosociaal onevenwicht scheppen, dat de indruk kan wekken dat hij/zij midden in een storm navigeert of enkel door opeenvolgende crises vooruit kan komen.” Uit dit eerste ‘Droste-effect’ van het adolescentieproces blijkt hoezeer dit een complexe en tumultueuze periode is voor zowel de jongere als voor de omringende familiestructuur.

Een zelfdoding omvat drie elementen: de fatale afloop, een actie die door de persoon zelf wordt ingeleid en een voorwaarde met de intentie of de wil om te sterven.

In onze samenlevingen leidt deze relatief lange levensfase van veelvuldig experimenteren en diverse opleidingen idealiter tot sociale volwassenheid. Ze wordt in wezen gekenmerkt door het ter discussie stellen van de zin en de waarde van het bestaan. Het kan een tijd van stilstand zijn waarin de redelijk welomschreven betekenissen van de kindertijd beginnen te vervagen, terwijl de betekenissen die zouden moeten ontstaan, worstelen om vorm te krijgen. De latere fasen in de ontwikkeling van het kind, die sterke symbolische implicaties hadden, vormen niet langer de voormalige solide referentiepunten van de identiteit.

Laten we niet vergeten hoe terecht en essentieel het is om vragen te stellen en onszelf ter discussie te stellen in deze levensfase, waarin we geconfronteerd worden met zowel het beginsel van de realiteit, zoals dat concreet tot uiting komt in de leerplicht en het respect voor de familiale omkadering, als het beginsel van het plezier en zijn talrijke mogelijkheden; een grote uitdaging gezien de intrinsieke veranderlijkheid van de identiteit tijdens de adolescentie... Clinici die met adolescenten werken, beseffen hoezeer aspecten van de identiteitsconstructie in die levensfase essentiële uitdagingen vormen. Kijken we verder dan de somatische metamorfose, dan zien we dat de adolescentie in wezen een tijd is van psychische veranderingen in diverse dimensies: cognitief, instrumenteel, psychoaffectief en relationeel. Het betekent dus een keerpunt in de herschikking van de impulsieve reacties en affectieve banden die de uiteindelijke identiteit van het jonge individu vormgeven (3).

Overigens omvat het begrip ‘suïcidaal gedrag’ over het algemeen drie verschillende gedragingen:

1) Het eerste gedrag is de zelfdoding op zich. Het betreft de dodelijke daad waardoor de dader postuum een zelfdoder wordt. Een zelfdoding omvat drie elementen, namelijk de fatale afloop, een actie die door de persoon zelf wordt ingeleid en een voorafgaande voorwaarde met de intentie of de wil om te sterven. De Wereldgezondheidsorganisatie geeft er de volgende definitie van: “Om de daad van

het zichzelf doden te kunnen beschouwen als zelfdoding, moet deze opzettelijk door de betrokken persoon zijn ingeleid en uitgevoerd in de verwachting van een fatale afloop”.

2) Het tweede gedrag, dat ons meer in het bijzonder aangaat, is de poging tot zelfdoding. Deze niet-fatale daad maakt van de overlevende een suïcidale persoon. De Wereldgezondheidsorganisatie preciseert dat het gaat om: “een niet-fatale daad, ingeleid en uitgevoerd door het individu door middel van ongewoon gedrag, in de verwachting of met het risico van te sterven, met als doel de gewenste veranderingen te bewerkstelligen”. Een belangrijke nuance betreft het begrip ‘gewenste verandering’. De poging tot zelfdoding wordt gezien als een poging om een probleem op te lossen en presenteert deze als een middel om een doel te bereiken, niet als een doel op zich (4). De dood wordt niet meer gezien als een vrijwillige keuze, maar als de enige beschikbare optie om verandering te brengen in een ondraaglijke situatie. Er worden dan duidelijke verbanden verweven met de voornoemde definitie van de adolescent als het wezen dat soms het gevoel heeft alleen maar vooruit te kunnen komen door opeenvolgende crises...

3) Het derde gedrag is dat van de suïcidale gedachten, wat overeenkomt met het plan om een einde aan het leven te maken, waarbij we iemand die door dit soort gedachten wordt beziel, suïcidaal gaan noemen. Hier gaat het om de mentale voorstelling van de daad van zelfdoding, gedefinieerd als de gedachte om een einde te maken aan het eigen leven. Sommige auteurs maken een onderscheid tussen voorbijgaande gedachten en chronische gedachten (5). Dit onderscheid leidt ons ertoe de

ernstgraad van de suïcidale gedachten in overweging te nemen aan de hand van bepaalde criteria, zoals de duur of de uitvoeringsgraad van een welbepaald scenario.

De kliniek: het belang van het eerste contact met de jongere

Aangezien het risico op recidive bij de 'suïcidale' adolescent hoog is, mogen we dit nooit bagatelliseren en mogen we nooit ophouden bij jongeren die een 'geruststellend' bedoeld betoog uiten. Uit schaamte, ongemak, schuldgevoel ... onbewustheid, neemt de familie vaak deel aan dit proces van geruststelling. Zo zien we bij beiden een gebrek aan bewustzijn van morbiditeit, waarbij de adolescent en diens omgeving elkaar versterken. De bagatellisering of overdreven geruststelling die de jongere vertoont, uit zich een houding van ontkenning van de ernst van de daad en van het vooruitzicht op een fatale afloop. Toch hebben deze defensieve mechanismen hun nut, omdat ze de angst op het vooruitzicht van de dood verlichten, maar ze kunnen de jongere evenzeer opsluiten in zijn of haar eenzaamheid en isolement (1).

Tijdens een gesprek met een tiener die net een poging tot zelfdoding heeft ondernomen, zijn er drie aandachtspunten die ons belangrijk lijken:

Anamnese en klinisch onderzoek

Naast de basisvragen over school, gezinsleven en hobby's komt er een medische anamnese gericht op de psychologische of psychiatrische voorgeschiedenis en duistere gedachten. Het proces(verloop) van een poging tot zelfdoding (wat er vooraf, tijdens en na is gebeurd) lijkt ons primordiaal om in concrete details onderzocht te worden. Een paar vragen die helpen om zich een opinie te vormen:



De metafoor van de stokken fungeert als leidraad voor onze aanpak.

Voor

Waar was de jongere? Had de jongere de daad gepland? Met hoeveel gemak kon de jongere ze uitvoeren? Een jongere die verklaart in een opwelling een strookje paracetamolpillen te hebben geslikt, zal ons niet op dezelfde manier zorgen baren als iemand die toegeeft twee weken lang de ene na de andere tablet van dezelfde stof te hebben verzameld en dan de hele boel in één keer te hebben doorgeslikt.

Tijdens

Dit betreft het type poging tot zelfdoding en in hoeverre de jongere zichzelf daarbij in gevaar heeft gebracht.

Na

Heeft de jongere de daad aan iemand laten weten? Na hoeveel tijd? Hoe heeft die persoon gereageerd? Is de jongere naar de spoeddienst gebracht? Onmiddellijk? Een jongere die zijn of haar ouders meteen na de poging in vertrouwen heeft genomen en recht naar de eerste hulp is gebracht, zal ons een ander gevoel geven dan iemand die zich over de feiten weigerde uit te spreken, zelfs terwijl hij of zij aan het overgeven was naast de noodarts die hem of haar probeerde te begrijpen...

Een ander in overweging te nemen aspect is de klik (therapeutische band) die we

met de jongere kunnen hebben: "Hoe voel ik dit aan (tegenoverdracht)? Laat hij of zij zich makkelijk kennen? Hoe reageert hij of zij op mijn pogingen om een band aan te knopen? Lijkt hij of zij opgelucht om met me te praten?" Hoewel deze vragen referentiepunten zijn die richtinggevend zijn voor ons denken, geven ze geen overzicht van de problemen van de jongere.

Contact met het zorgnetwerk

We nemen vrijwel systematisch contact op met het netwerk van hulp- en zorgverlening van de jongere om te proberen de context en het relatiesysteem waarin die evolueert te begrijpen, met als doel het gebeuren rond de poging tot zelfdoding te overstijgen. Het lijkt ons ook onontbeerlijk om deze contacten te hebben om samen na te denken, op elkaar af te stemmen en op een samenhangende en consensusgerichte manier het verdere verloop van de zorgverlening te bepalen. Het is inderdaad zo dat die normaal gezien niet mag stoppen met de ziekenhuisopname.

Mobilisatie van de entourage

We gaan ervan uit dat een jongere die het moeilijk heeft, al dan niet bewust, noodsignalen naar zijn of haar entourage uitstuurt. Dit kan een gebrek aan interesse in school of hobby's zijn, prikkelbaarheid, zelfverminking, druggebruik, poging tot

zelfdoding enzovoort. Zolang de jongere geen oplossing of verlichting vindt, zal hij of zij de noodsignalen versterken en/of diversifiëren en zichzelf steeds meer in gevaar brengen. Het is dit risico op escalatie dat ons ertoe aanzet om elke dreigende houding en/of risico om over te gaan tot de daad au sérieux te nemen, ook al lijkt het in eerste instantie onbeduidend.

De metafoor van de stokken fungeert als leidraad voor onze aanpak. De jongere reikt stokken aan naar zijn of haar omgeving ... hopen dat iemand er een zal grijpen. Soms meer onbewust dan bewust! Een stok grijpen betekent luisteren naar de jongere, zien in welke mate hij of zij lijdt, het lijden erkennen en handelen. Volgen we deze metafoor, dan vereist het pakken van een stok een handeling naar de jongere toe, het vastgrijpen van de stok zonder hem te los te laten. Bij onze eerste ontmoeting laten we ons door deze werkwijze leiden, wat enkele vragen doet rijzen: "Heeft iemand een van de stokken van deze jongere aangenomen? Houdt hij of zij die nog vast? Heeft dit geholpen? Deze denkwijzen openen de mogelijkheid om de omgeving te mobiliseren rond de problemen van de adolescent.

Nadat we ons van deze mobilisatie een idee hebben gevormd, is het tijd om de jongere te helpen zijn of haar stokken te doen bewegen. Hoe kunnen we de reeds gemobiliseerde omgeving ondersteunen of, als dat nog niet het geval was, de omgeving helpen zichzelf te mobiliseren? Concreet betekent dit dat we (soms na aandringen) elke ouder ontmoeten, met hen een gesprek aangaan waarin we onze zorgen uiten. Mogelijk blijkt het noodzakelijk de jongere langer in de pediatrie te houden om te proberen te mobiliseren ... Als dat niet werkt, is het aan ons om de stok te grijpen. In dat geval is enige theatraliteit gepast, met het idee dat we fors genoeg aan de stok moeten schudden om

de jongere gesprekspartner het gevoel te geven dat we aanwezig, solide en stabiel zijn. Dan kunnen we de jongere op de hoogte houden van onze stappen richting het netwerk en van de nodige tijd om een reactie te krijgen, en kunnen we benadrukken dat de zorgverleners zich zorgen maken, wat een verlenging van de ziekenhuisopname rechtvaardigt. We organiseren ontmoetingsmomenten met de jongere, diens familie, de kinderartsen van Octo Pediatrica en het team van de kinderpsychiatrie. We stellen regelmatige gesprekken voor tijdens de opname en indien nodig na ontslag. Deze houding werkt beter naarmate er met de jongere een goede verstandhouding bestaat.

Wat zijn de belangrijkste hypothesen die inzicht geven in pogingen tot zelfdoding?

Na deze eerste behandelingsfase van de crisis lijkt het ons aangewezen om een tijd stil te staan bij de opbouw van de uitgangspunten van de klinische hypothesen, om inzicht te krijgen in de overgang tot de daad en het proces waarin de adolescent verkeert.



De suïcidale daad kan soms worden opgevat als een pijnlijke, maar adaptieve reactie op het onvermogen om zich te identificeren met de familiegeschiedenis.

De suïcidale daad kan soms worden opgevat als een pijnlijke, maar adaptieve reactie op het onvermogen om zich te identificeren met zijn familiegeschiedenis. Le Breton (6) benadrukt de godsoordeelkundige dimensie waarin de adolescent zijn of haar bestaan 'speelt' tegenover de dood om, paradoxaal genoeg, zijn of haar leven zin en waarde te geven. De jongere dwingt zich ertoe ternauwernood aan de dood te ontsnappen om zich te transformeren, herborren te worden en opnieuw tot leven te komen, om ten slotte te bestaan ...

Overigens baseren we ons op het oeuvre van Goldsztein (7-8). In een systemische epistemologie toetsen het onderzoekswerk en het proefschrift van de auteur de hypothese dat suïcidaal gedrag bij jongeren van 15 tot 22 jaar een reactie is op existentiële vragen. Deze hypothese is opgebouwd uitgaande van diverse theoretische elementen en hypothesen. Daaruit blijkt identificatie met een netwerk van samenhangendheid een cruciaal element te zijn in de opbouw van de identiteit en, de facto, het gevoel van te bestaan.

Goldsztein stelt voor om jongeren die een poging tot zelfdoding achter de rug hebben, in te delen in vier groepen. Ook hier is dit voorstel verre van volledig en moeten we goed blijven luisteren naar het unieke verhaal van elke adolescent.

Op zoek naar structuur

Deze jongeren verkeren in een prominente staat van algemeen lijden en zitten slecht in hun vel. De individuele en familiale levensverhalen zijn vreselijk, met meerdere psychologische trauma's over meerdere generaties (seksueel misbruik,

mishandeling, geweld enz.). In samenhang met psychische trauma's wordt suïcidaal gedrag gezien als een noodkreet om een veilige plek van rust en vrede te vinden in een angstaanjagende dagelijkse werkelijkheid waarin structuren zijn weggevallen (bijvoorbeeld: langdurige opname in de kinderpsychiatrie of in residentiële structuren).

Op zoek naar controle

Deze groep jongeren neemt ervaringen van zowel intra- als extrafamiliale intrusies en

aanvallen op de intimiteit mee. Het relaas van deze adolescenten wordt getekend door een gebrek aan respect voor de fysieke integriteit binnen het gezin of een incestueuze sfeer. De gezinnen in deze groep zijn vaak geïsoleerd, afgesloten van de buitenwereld, en worden gezien als onneembare vestingen. De poging tot zelfdoding verschijnt dan als de uitdrukking van een gevoel van ondraaglijke intrusie. De daad is te zien als een vorm van zelfbehandeling, zeg maar een door de jongere bedachte oplossing om zichzelf de illusie van controle te geven en zich het eigen lichaam weer toe te eigenen. In dit scenario wil de jongere de met schaamte doordrenkte band met de familie of de misbruiker doorknippen, niet de levensdraad.

Op zoek naar verbinding

Deze jongeren kennen een levensloop getekend door verwerping en verwaarlozing. Die ervaringen hebben betrekking op de jongeren zelf en/of op de vorige generaties. Met dit gebaar lijkt de tiener vaak op zoek te zijn naar een band, in een gezin waarin we een gebrek aan familiale samenhang zien. De poging tot zelfdoding is dan een uitvoering van de zo zeer gevreesde breuk en, paradoxaal genoeg, een verlangen om de sterkte van de band tot stand te brengen en op de proef te stellen.

Op zoek naar erkenning

Deze jongeren maken communicatie- en relatieproblemen met een of beide ouders mee. Anders dan de jongeren in de andere groepen zijn deze jongeren meestal goed vertrouwd met hun ontstaansgeschiedenis en hebben ze geen moeite om hun weg te vinden in hun familiale geschiedenis en zich erin te herkennen. Men kan de poging tot zelfdoding zien als een zoektocht naar erkenning; dus om mee te tellen, au sérieux genomen te worden, een ander geluid te laten horen, te laten zien dat ze bestaan als een unieke persoon en niet alleen via de toegewezen plaats in het gezin.

Deze indeling in verschillende groepen lijkt ons nuttig om individuele en familiale kwesties te onderzoeken, zonder de meervoudige impact van de maatschappelijke context op de betreffende jongeren over het hoofd te zien.

Hoe zich een opinie vormen?

Ten aanzien van de jonge patiënt en diens omgeving

Als clinici die gespecialiseerd zijn in de geestelijke gezondheidszorg, moeten we garanderen dat we de jonge patiënt de ruimte bieden om zijn of haar menselijkheid, zijn of haar eigenheid te verkennen; ruimte waarin we hem of haar als persoon herkennen en waarin we zijn of haar lijden een plaats kunnen geven. Voor het psychisch overleven is erkenning door de andere van essentieel belang. Deze aangeboden ruimte biedt een moment van stilte, van reflectie om dit proces te onderscheiden van de daad die net achter de rug is.

De opinievorming van het medisch en paramedisch team is af en toe dan ook hachelijk, want ze schommelt tussen geruststelling, instandhouding van de crisiservaring die elke meer diepgaande verandering in de relatie- en gezinsdynamiek mogelijk maakt, en bondgenootschap – het gewicht laten voelen van een meer sturende of zelfs opgelegde medische beslissing – en het opbouwen of ondersteunen van een zorgnetwerk. In de praktijk zijn de afspraken na de crisis (een maand na de ziekenhuisopname) bijvoorbeeld een manier om geruststelling te bieden over het gevolg dat is gegeven aan de overgang tot de daad.

Ten aanzien van de collega's en de instelling

We worden voortdurend opgeroepen om onze houding tegenover de pediatrische teams kritisch te bekijken. We proberen het evenwicht te houden tussen in stand

houden, d.i. onze grenzen en die van de instelling respecteren, en dit naargelang onze rol, ons mandaat en onze positie. Deze principes worden uitgewerkt in overeenstemming met de deontologie en de beroepsethiek binnen het toepasselijke juridische kader van onze praktijk. Wij dragen de verantwoordelijkheid om een klinisch advies te geven dat niettemin kan ingaan tegen wat de inlanders van ons verwachten. We moeten dan een evenwicht zien te vinden tussen de noodzakelijke aanpassing aan de context van het werk en vasthoudendheid bij klinische beslissingen. In de praktijk komt het inderdaad voor dat de avonturierster een koerswijziging voorstelt of de groep vraagt om halt te houden ...

Conclusie

In het licht van deze theoretisch-klinische gegevens is het belangrijk om rekening te houden met de diversiteit aan situaties en motieven die men met pogingen tot zelfdoding kan associëren. Bij deze daden gaat het om meer dan een mislukt besluit om er een eind aan te maken of te verdwijnen, maar ook om een manier om met mislukkingen om te gaan, om zijn lotsbestemming te herzien of zelfs om te protesteren of zich te verzetten tegen de wil van anderen, wanneer er geen andere optie meer bestaat (9-10).

En dan, na een reis door enkele regio's van Octo Pediatrica, keert de avonturierster gewoonlijk terug naar Sedes Psychiatrica om uit te rusten, om haar instrumenten te onderhouden en te consolideren en om advies te krijgen van de Ouderen en de Vrienden. Ze nodigt je uit om afscheid te nemen en, wie weet, kruisen onze paden ooit weer op een van deze planeten ...

Referenties op www.neuron.be