

ODZIVANJE NA DUŠEVNE KRIZE

KRIZE IMAJO NADVSE GLOBOK UČINEK NA LJUDI Z RESNIMI DUŠEVNIMI ALI ČUSTVENIMI TEŽAVAMI.

Življenja odraslih, otrok in starejših z resnimi duševnimi ali čustvenimi motnjami često zaznamujejo ponavljajoče se globoke krize. Te krize pa niso neizogibna posledica duševnih težav, marveč so prejkone kombiniran učinek vrste dodatnih dejavnikov: pomanjkanja dostopa do bistvenih servisnih in podpornih služb, revščine, nezanesljive nastanitve, sočasne zlorabe substanc, drugih zdravstvenih težav, diskriminacije in viktimizacije.

Brezdomstvo, stiki s policijo, institucionalizacija in drugi škodljivi dogodki so že sami po sebi krize, lahko pa tudi prispevajo k nadaljnjim krizam.

DUŠEVNA KRIZA SE VEDNO RAZVIJE KOT POSLEDICA PREVELIKE OBREMENITVE ALI STRESA.

Izzove jo lahko:

- dolgotrajen ali kroničen stres, ki se kopiči; ko preseže posameznikovo tolerančno raven, izbruhne kot krizno dogajanje;
- enkraten preveč stresen dogodek, ki v človeku izzove oziroma sproži krizno reakcijo.

Krizna epizoda ne nastopi nenadoma, marveč se postopoma gradi in razrašča; kaže se z zgodnjimi znaki (psihiatrija jih imenuje prodromalni simptomi), ki se zmeraj bolj krepijo. Ti znaki niso vsi enotni za vse oblike kriz, imajo pa skupni imenovalec: zmeraj hujša nespečnost (ali upadanje potrebe po spanju) — to je navadno prvi opozorilni znak. Začne se kot simptom krize, hkrati pa krizo pogloblja: dlje kot traja, bolj je človek izčrpan in dovzeten za nadaljnje krizne spremembe.

V teku krize se slej ko prej pridruži zmeraj intenzivnejši občutek izgubljanja nadzora tako nad dogajanjem kot nad samim seboj in posledično zmeraj hujši strah.

Če kriza preraste v psihotično in se strahu pridružijo še preganjalne blodnje ali celo halucinacije, ki navidezno zmeraj bolj prevzemajo kontrolo nad človekom, strah še naraste in se stopnjuje do te mere, da človeka v celoti prevzame. Zajema ga panika – zbežati pa nima kam, saj ga blodnje oziroma halucinacije ves čas spremljajo in se ne more umakniti ali skriti pred njimi – naj to še tako poskuša.

Glasovi lahko človeku ukazujejo, naj se poškoduje ali ubije; ali pa mu zagotavljajo, da mu dejanja, ki bi v resničnosti seveda pripeljala do hudih poškodb ali smrti, ne bodo škodovala — **kriza je eskalirala do stopnje, ko človek ogroža samega sebe.**

Druge ogroža le izjemoma: navadno zato, ker ljudi v svoji okolici dojema kot privide, ki ga mučijo, in se jim skuša upreti. Najpogostejša reakcija v opisani situaciji pa je panični, brezglavi beg.

Če se kriza ne ustavi, se bo stopnjevala do dramatičnega vrhunca – lahko jo primerjamo s plamenom, ki se razrašča in na koncu izbruhne v požar.

Ta dramatični vrhunec krize navadno predstavlja prav krizna intervencija.

Čeprav ni nihče z duševnimi ali čustvenimi težavami imun proti krizam, so ljudje s tako imenovanimi resnimi duševnimi motnjami – ki jih označujemo z izrazi shizofrenija, bipolarna motnja in huda depresija – najbolj odvisni od sistema javnega zdravstva. Prav tako jih najbolj ogrožajo ponavljajoče se krize in intervencije, ki zaostrejejo njihove klinične in socialne probleme.

Pristop h krizam je lahko:

- proaktiven (preprečevanje vzplamenevanja)
- reaktiven (gašenje požara).

PROAKTIVNI PRISTOP

- Najpomembnejša sestavina je človekova samodisciplina oziroma samonadzor; če posameznik dovolj dobro pozna samega sebe, svoje funkcioniranje in prve opozorilne znake krize, bo na te znake pozoren in bo ob njihovem nastopu ukrepal.
- Poleg tega je izrednega pomena čim boljša podporna mreža, ki jo sestavljajo:
 - razumevajoči svojci in/ali prijatelji, ki so dobro seznanjeni s posameznikovimi težavami in (njegovimi individualnimi) opozorilnimi znaki krize; morajo biti dovolj trdne osebnosti, da lahko nudijo močno čustveno (in drugačno) oporo, ne da bi se med krizno epizodo sami zlomili;
 - dobra zdravstvena oskrba: psihiater, ki je s človekom sposoben vzpostaviti partnerski odnos glede obravnave, izbire, predpisovanja, odmerjanja, menjave in ukinjanja psihofarmakov, in — če je le možno — še izkušen psihoterapevt (česar naš zdravstveni sistem žal ne podpira);
 - podpora sotrpinov (ljudi z istovrstnimi izkušnjami): nihče ne razume stiske bolje kot tisti, ki so jo sami doživeli — in nihče ne more dati več upanja kot tisti, ki so po taki stiski okrevali.

Ključno načelo vsake podporne mreže je medsebojno zaupanje med vsemi akterji; brez tega ne bo dobro delovala oziroma ne bo opravljala svoje vloge varnostne mreže, ki blaži padce in preprečuje poškodbe.

Proaktivni pristop k duševnim težavam pomeni *preprečevanje kriz* oziroma, kadar kriza kljub temu nastopi, **odzivanje in pomoč dovolj zgodaj v teku krize**, še preden se ta razplamti. Zato je nujna možnost hitrega in pravočasnega dostopa tudi do formalne pomoči in podpore, saj si s tem lahko ometamo zmanjšanje intenzivnosti in trajanja človekove stiske. Pravočasen dostop pomeni razpoložljivost 24 ur na dan 7 dni v tednu in možnost prihoda na dom, kadar posameznik ne more ali ne želi priti na ustaljeno intervencijsko mesto.

S stopnjevanjem kriznega dogajanja in potekom časa pa se intervencijske možnosti ožijo.

REAKTIVNI PRISTOP

pomeni odziv komaj takrat, ko se krizna epizoda bliža vrhuncu — oziroma navadno prav ta odziv pomeni vrhunec krize. Tak odziv izenači **duševno krizo** z **ogrožanjem sebe ali drugih** in skladni s to izenačitvijo so tudi ukrepi. Dejansko pa je fraza **ogrožanje sebe ali drugih** izpeljana iz pravnega jezika za definicijo, kdaj lahko pride do psihiatrične hospitalizacije brez privolitve — v najboljšem primeru je to zelo površno merilo skrajne stiske. Ozko osredotočanje na nevarnost ni veljaven pristop k duševni krizi.

Seveda je za vedenje, ki predstavlja neposredno nevarnost, potrebna neka oblika nujnega odziva, vendar tovrstno vedenje praviloma predstavlja zgolj vrhunec krizne epizode, ne pa celotno epizodo.

Duševne krize se odvijajo po poteh, ki lahko vključujejo intenzivna občutja osebne stiske (denimo tesnobo, depresijo, jezo, paniko, brezup), očitne spremembe v funkcioniranju (na primer zanemarjanje osebne higiene, izostajanje z dela ali iz šole, nenavadno vedenje) ali katastrofalne življenjske dogodke (recimo rušitve medosebnih odnosov, podpornih sistemov ali nastanitve; izgubo avtonomije ali starševskih pravic; viktimizacijo ali naravne nesreče).

Le del življenjskih kriz lahko dejansko pelje do resne škode človeku samemu ali drugim ljudem, zato je odziv, ki se sproži **komaj takrat, ko postane vprašljiva telesna varnost**, pogostoma premalo obsežen, prepozen oziroma v nikakršno pomoč pri reševanju vzrokov krize. Odziv, ki se v zadostni meri ne loteva dejanskih težav, iz katerih izvira kriza, pa lahko naredi več slabega kot dobrega.

NAČELA USTREZNEGA ODZIVANJA NA KRIZO

1. IZOGIBANJE POŠKODOVANJU

Včasih duševne krize ogrozijo varnost človeka v krizi, tistih, ki se na krizo odzivajo, ali drugih ljudi. Zato se v situacijah, kjer obstaja neposredna nevarnost telesnih poškodb, uporabi telesno oviranje — vendar ta ukrep neogibno vsebuje fizično in psihološko tveganje ter lahko povzroči poškodbe. Prenagljeno odzivanje na duševno krizo — ki ga često sproži namen vzpostaviti fizično varnost — lahko pripelje do poškodovanja osebe v krizi.

Ustrezen odziv bo vzpostavil fizično varnost, prav tako pa tudi človekovo psihološko varnost. Upoštevati je treba tveganja in koristi ukrepov in, kjer je le mogoče, uporabiti alternativne pristope, kot je vzpostavitev dovoljšnega nadzora nad jezo, da omogočimo obdobje "pazljivega čakanja." Če so okoliščine take, da je nujno potrebno vzpostaviti fizično varnost in je na voljo le malo izvedljivih alternativ za odpravo neposrednega hudega ogrožanja človeka samega ali drugih ljudi, bo ustrezen odziv na krizo vseboval tudi ukrepe, ki bodo na najmanjšo možno mero zmanjšali trajanje in negativne vplive uporabljenih intervencij.

2. VZPOSTAVITEV OBČUTKA OSEBNE VARNOSTI

Posameznik lahko doživlja krizo kot katastrofalen dogodek in ima v skladu s tem silno potrebo po občutku varnosti. Kar označujemo kot agitiranost, lahko dejansko odraža posameznikove poskuse, da bi se zaščitil, čeprav morda pred neobstoječo grožnjo.

Za pomoč človeku, da doseže subjektivni občutek osebne varnosti, je treba razumeti in upoštevati, kaj za ta občutek potrebuje (in je morda opisano v kriznem načrtu ali osebnem načrtu varnosti, ki ga je predhodno sestavil) in kateri ukrepi, nasprotno, okrepijo njegovo ranljivost (denimo, da je sam zaprt v sobo). Za tako pomoč mora imeti osebje na voljo dovolj časa, da si pridobi razumevanje posameznikovih potreb, in dovolj širine za ustvarjalno obravnavo teh potreb.

Osebni načrt varnosti

V nekaterih ameriških zveznih državah sistemi varstva duševnega zdravja spodbujajo posameznike s težavami v duševnem zdravju, da izpolnijo obrazec, ki osebjem pomaga razumeti, na katere načine želi, da se obravnavajo morebitne prihodnje krize. Tak je uvod v enega teh obrazcev — potrjuje perspektivo partnerstva med osebjem in posameznikom:

“Ta obrazec vam omogoča, da predlagate strategije za umirjanje ŽE PRED krizo. V njem lahko naštejete stvari, ki so vam v pomoč, ko ste vznemirjeni ali pod stresom. Prav tako lahko v njem naštejete reči, ki vas razjezijo. Po tem dokumentu se lahko ravna osebe pri sestavi vašega načrta obravnave; na tak način z osebjem vstopite v ‘varnostno partnerstvo.’ Vse informacije so namenjene izključno v pomoč osebjem za lažje razumevanje, kako lahko najbolje sodeluje z vami pri ohranjanju vaše varnosti, oziroma za pridobivanje podatkov, kako naj bo zastavljen vaš načrt obravnave. Dokument lahko kadarkoli dopolnite. Pri osebjem morajo biti zmeraj na voljo informacije, s katerimi lahko posodobite dokument ali o njem razpravljate. Ne bojte se postavljati vprašanj.”

Oddelek za duševno zdravje v Massachusettsu, *Delovna skupina o telesnem oviranju in osamitvi oseb, ki so bile telesno ali spolno zlorabljene*, Poročilo in priporočila (1996)

3. UPOŠTEVANJE IN OBRAVNAVA MOREBITNE TRAVME

Krize so že same po sebi in v svojem bistvu travmatične, učinek nekaterih kriznih intervencij pa je lahko še nadaljnja travmatizacija — tako telesna kot čustvena. Poleg tega pri ljudeh z resnimi duševnimi motnjami obstaja velika verjetnost, da so bili žrtve zlorabe ali zanemarjanja. Ukrepi, kot sta osamitev ali fizično oviranje, lahko pri njih sprožijo podoživljanje travmatskih dogodkov in s tem poglobijo krizo ter človeka dodatno travmatizirajo.

Bistvenega pomena je, da se po tem, ko se vzpostavi fizična varnost, brez odlašanja oceni in obravnava škoda, povzročena tako s krizo kot z odzivom na krizo; to bi morale storiti osebe, usposobljene za diagnosticiranje in vpeljavo potrebnega zdravljenja. V navezavi med posameznikovo preteklo travmo in ranljivostjo, povezano z različnimi ukrepi, obstaja dvojna odgovornost: osebe, ki se odzivajo na krizo, morajo na primeren način poiskati te informacije in jih upoštevati pri svojem pristopu; osebe v krizi pa morajo prevzeti osebno odgovornost za to, da so te ključne informacije na voljo (na primer s tem, da sestavijo vnaprej izraženo voljo).

4. DELITEV ODGOVORNOSTI

Duševnim krizam daje pečat akuten občutek izgubljanja nadzora nad dogodki oziroma občutki. Ljudje s psihiatričnimi diagnozami kot razlog, da so jih pripeljali na psihiatrično urgenco, najpogosteje navajajo občutek, da so jim “zadeve uhajale izpod nadzora.” Ukrepi, ki so storjeni **osebi** — namesto **skupaj z osebo** — to občutje nemoči še okrepijo.

Ena od osnovnih utemeljitev na človeka osredotočenega načrtovanja je, da delitev odgovornosti spodbuja lastno dejavnost posameznika in izboljšuje izid. V kriznih situacijah je resda lahko izziv vpeljati na človeka osredotočene načrte z delitvijo odgovornosti, vendar lahko interveniranje, ki upošteva posameznikovo vlogo v razrešitvi krize in se v največji možni meri ravna po njej, prinese dolgoročne koristi. Ustrezno odzivanje na krizo teži k pomoči posamezniku pri ponovni pridobitvi nadzora s tem, da ga — namesto kot pasivnega prejemnika ukrepov — upošteva kot dejavnega partnerja v ukrepanju.

5. DOVOLJ ČASA ZA ČLOVEKA

Ljudje, ki nudijo pomoč, morajo imeti ustrezno razumevanje krizne situacije — ne samo objektivno, marveč tudi, kako situacijo doživlja človek v krizi. Žal posamezniki v akutni krizi — še zlasti po neprostovoljnem prevozu v bolnišnico in sprejemu brez privolitve — po navadi ne zmorejo kratko in jedrnato razložiti svojih težav.

Osebje zato na čas, ki ga prebije v pogovoru s človekom, ne sme gledati kot na motnjo pri delu, marveč kot na ključni element kvalitetne krizne oskrbe. Okolja, kjer ne morejo tako poskrbeti za človeka, so neprimerna mesta za intervencije v duševni krizi.

Kaj je po mnenju oseb v krizi najpomembnejše pri osebju?

- Da prisluhne človeku, njegovi zgodbi in njegovi različici dogodkov.
- Da vpraša, kakšno zdravljenje si človek želi.
- Da se, preden se zateče k prisilnim ukrepom, najprej potrudi človeka pomiriti.
- Da vpraša, kaj je človeku v preteklosti pomagalo in kaj ne.

6. POMOČ PRI PONOVI PRIDOBITVI OBČUTKA NADZORA

Za človeka v duševni krizi je najključnejšega pomena povrnitev občutka kontrole nad mislimi, občutki in dogajanjem, ki se mu vrtnči izpod nadzora. Ukrepi, ki človeku ne nudijo prilike razumeti, kaj se dogaja, in izbirati med različnimi možnostmi (vključno z možnostjo, da se prepusti osebju), krepijo njegov občutek, da se mu nadzor še naprej trga iz rok. Upiranje temu odvzemanju nadzora se navadno tolmači kot dodaten dokaz njegove nezmožnosti razumeti krizno situacijo.

Vključitev posameznikovih izbir v odzivanje na krizo zahteva ne samo izurjeno osebje, temveč tudi fleksibilno okolje, ki te izbire omogoča. Informirana izbira v tem kontekstu ne pomeni zgolj seznanitve človeka z empirično ugotovljenim tveganjem in koristjo različnih ukrepov; pomeni tudi razumevanje, da dozdevno manj optimalen ukrep, ki pa ga je posameznik sam izbral, krepi njegovo odgovornost, zmožnosti in vključenost ter lahko dolgoročno pelje k boljšemu izidu. V poštev pridejo ne samo izbire glede zdravlil, temveč tudi posameznikove preference glede tega, kateri drugi ukrepi naj se še uporabijo, kdo naj jih izvaja in s kakšnimi cilji.

7. ČLOVEK KOT VERODOSTOJEN VIR

Na trditve in pritožbe posameznikov z diagnozo resne duševne motnje drugi ljudje radi gledajo s skepso. Še zlasti v čustveno in drugače nabitem kontekstu duševne krize se rado domneva, da so izjave teh posameznikov odraz blodnjavega mišljenja — posledica tega je tveganje, da se prezrejo upravičene pritožbe glede, denimo, telesnih bolezni, bolečin, zlorabe ali viktimizacije.

Tudi kadar posameznikove trditve nimajo dobre podlage v resničnosti in odražajo očitno blodnjave misli, lahko možnost "povedati svojo zgodbo" predstavlja pomemben korak proti razrešitvi krize. Zatorej ustrezno odzivanje na človeka v duševni krizi ni omalovažujoče do njega kot verodostojnega vira informacij — dejanskih ali čustvenih — ki so pomembne za razumevanje njegovih moči in potreb. To prav tako pomeni, da človeku, ki nam poroča o svojih halucinacijah, ne zanikamo naravnost ali celo agresivno njegovega doživljanja ali ga celo obtožimo, da si izmišlja: povemo mu pač, da — čeprav mu verjamemo, da ne laže — ne mi sami ne drugi ljudje v okolici reči, o katerih poroča, ne slišimo oziroma ne vidimo. Z omalovažujočim ali celo zaničujočim pristopom preganjavice in blodenj ne bomo odpravili, ampak jih lahko celo utrdimo.

8. ČLOVEK KOT CELOTA

Za ljudi z duševno motnjo že sama psihiatrična nalepka oblikuje — celo obvladuje — odločitve o oblikah kriznih intervencij in o tem, na kak način so jim te intervencije dostopne. Zanje so intervencije običajno osnovane na površinskih dejstvih oziroma kar na predsodkih: na vedenje se gleda kot na varnostni problem; predvideva se, da so v krizi, ker niso jemali zdravil po predpisih, in podobno.

Posameznik z resno duševno motnjo, ki je v krizi, je celovita osebnost in čeprav so njegove ugotovljene psihiatrične težave sicer lahko relevantne, niso nujno tudi naravnost prevladujoče. Človek lahko ima mnogotere potrebe in ustrezno razumevanje krize pomeni, da nismo omejeni s službami, ki so razvrščene glede na zdravstvene specializacije. Posameznikova stiska lahko odraža vzajemno delovanje psihiatričnih težav z drugimi zdravstvenimi dejavniki. In medtem ko človek doživlja krizo, ki se jo rado obravnava kot klinični fenomen, lahko na njegovo odzivanje znatno vpliva tudi vrsta na videz vsakdanjih, življenjskih skrbi: kje se nahajajo njegovi otroci, kako se godi domačim živalim, ali je hiša zaklenjena, kako bo uredil odsotnost z dela in tako naprej.

Ustrezno razumevanje stiske ne upošteva samo tega, kar se trenutno dogaja, temveč tudi, zakaj se to dogaja in kako gre človeku, ko ni v krizi. Krize — še zlasti ponavljajoče se — kažejo na to, da so osnovne težave ostale nerešene.

9. POMOČ MORA BITI OPRTA NA MOČI ČLOVEKA

Duševne krize so v nekaterih bolnišničnih okoljih lahko rutina in so morda celo postale rutina za nekatere posameznike z resnimi duševnimi ali čustvenimi težavami. Osebe se navadno rutinsko osredotoča na klinične znake in simptome, še zlasti, ko je človek v kriznem stanju, in zgolj odpravljanje kliničnih simptomov.

Vendar se ustrezna pomoč v krizi ogiba na diagnostičnih nalepkah, prisotnih simptomih ali za določeno okolje običajnih praksah slonečim avtomatizmom interveniranja. Vsaj enako mero pozornosti daje človekovim močnim platem, na katere se lahko posameznik opre. Deliti odgovornost za razrešitev krize pomeni razumeti, da zmore človek, četudi v krizi, zbrati lastne osebne moči in sodelovati v razrešitvi stiske. Ljudje po navadi razumejo dejavnike, ki so jih pahnili v krizo, prav tako pa tudi dejavnike, ki lahko pomagajo ublažiti njihov vpliv. Ustrezno odzivanje na krizo teži k prepoznavanju in krepitvi virov, iz katerih lahko črpa človek, da si ne samo opomore po kriznem dogajanju, marveč se tudi zaščiti pred morebitnimi prihodnjimi krizami.

OKREVANJE, ZDRŽLJIVOST IN NARAVNI VIRI PODPORE

V določenih okoljih — kot je na primer bolnišnična urgenca — se posamezniki znajdejo le prehodno, na točki, ko so v akutni krizi in v nedvomno skrajno stresni okolici. Tudi kadar se ne dogajajo znotraj bolnišnic, se intervencije zaradi duševnih kriz često odvijajo v okoljih, ki so tuja človeku in naravnim virom podpore, ki utegnejo biti pomembne sestavine njegovega vsakdanjika. Ne smemo izgubiti izpred oči dejstva, da je krizna epizoda prejkone začasen relaps in ne opredeljuje človeka oziroma poteka njegovega življenja.

Ustrezno odzivanje na krizo prispeva k človekovi poti k okrevanju in zdržljivosti ter se ravna po opisanih načelih. Zato morajo intervencije ohranjati dostojanstvo človeka, spodbujati upanje ter vključevanje tako formalnih sistemov kot neformalnih virov.

Preveč invazivna in intenzivna medikamentalizacija okrevanje, ki je lahko tudi spontano, bistveno oteži ali celo prepreči. Striktno medicinski pristop s svojim osredotočenjem izključno na odpravo simptomov je v nasprotju s konceptom okrevanja in velikokrat tudi naravnost škodljiv. “Odsotnost simptomatike” **ni pogoj** za okrevanje; pravzaprav z okrevanjem nima nič skupnega.

OKREVANJE

je posameznikovo pot celjenja in preobrazbe, ki človeku omogoča živeti polno življenje v skupnosti, ki si jo sam izbere, in kjer si prizadeva v največji meri udejaniti svoje zmožnosti.

Deset temeljnih sestavin okrevanja:

- samostojno odločanje človeka,
- individualizacija in osredotočenost na človeka,
- krepitev človekovih moči,
- celovitost človeka,
- nepremočrtnost procesa okrevanja,
- oprtost na moči človeka,
- vzajemna podpora ljudi z istovrstnimi izkušnjami,
- spoštovanje,
- odgovornost,
- upanje.

VLOGA ZASTOPNIKA IN KOORDINATORJA
SKUPNOSTNE OBRAVNAVE
V KRIZNIH SITUACIJAH
TER

VNAPREJŠNJA NAVODILA ZA PRIMER KRIZE

1. ZASTOPNIK skuša zagotoviti, da se v bolnišničnem ali kateremkoli drugem intervencijskem okolju ravna po opisanih načelih;

KOORDINATOR vloge v bolnišnični obravnavi nima, v drugih okoljih pa velja ista naloga tudi zanj.

2. Svojim klientom predlagata uporabo različnih oblik vnaprejšnjih navodil za zdravstveno osebje v primeru krize predvsem:

- krizne kartice in
- vnaprej izražene volje, lahko pa tudi
- pogodbe z najbližjim,
- osebnega načrta varnosti.

KRIZNA KARTICA

Krizno kartico izpolni oseba, ko se dobro počuti, lahko tudi s pomočjo svojega najbližjega ali zastopnika. V njej zapiše:

- najnujnejše podatke za primer krize oziroma preteče hospitalizacije in določi preferenčno bolnišnico ter najbližjo osebo, zastopnika in druge posameznike, ki naj se jih v primeru krize pokliče na pomoč oziroma obvesti o morebitni hospitalizaciji;
- vrsto in odmerke zdravil, ki jih trenutno jemlje, ter čas, ob katerem jih jemlje (ti podatki se morajo redno posodabljati);
- psihofarmake, na katere je morebiti alergičen ali so mu v preteklosti povzročili hude stranske učinke;
- kontaktno osebo delodajalca, ki ga je po ZDR treba obvestiti o odsotnosti z dela zaradi bolezni (to zapiše samo na izvod za najbližjega in morda zastopnika);
- poljubne dodatne informacije (denimo, kakšne situacije ga spravijo v stisko in podobno).

- Priporočljivo je, da imata (redno posodabljan) izvod krizne kartice tudi najbližji in zastopnik ter morda tudi drugi prijatelji ali svojci, ki jih določi (in se s tem strinjajo).
- Krizne kartice bi morale biti prosto dostopne v vseh psihiatričnih ambulantah, psihiatričnih bolnišnicah, pri psihoterapevtih, drugih svetovalcih, pri zdravnikih splošne prakse, pri NVO s področja duševnega zdravja in seveda pri zastopnikih ter koordinatorjih obravnave v skupnosti.
- Krizne kartice so lahko različno velike in lahko vsebujejo zgolj kontaktne informacije človeka, ki naj se ga pokliče v primeru krize, ali vse zgoraj naštetе informacije ali kakršnokoli možnost med tema dvema skrajnostima.
- Alternativa krizni kartici je “skupen načrt obravnave,” ki ga človek sestavi oziroma izpolni skupaj z zdravstvenim osebjem. S tem naj bi si sicer zagotovil večje upoštevanje kartice pri osebju, vendar hkrati manjša svojo avtonomijo.
- Razlika med krizno kartico in vnaprejšnjo voljo v Angliji je v tem, da so krizne kartice zgolj informativne narave (z izjemo navedbe osebe, ki zanjo človek želi, da je prisotna ob njegovi hospitalizaciji; to osebo mora ASW po zakonu poklicati), z vnaprejšnjo voljo pa ima človek zakonsko pravico zavrniti zdravljenje (ne pa tudi določiti, kakšnega želi).
- Pri nas vnaprejšnja volja v psihiatričnem zdravljenju nima pravne veljave.

VNAPREJŠNJA VOLJA

Vnaprejšnja volja je v Angliji (Advance Directive) in ZDA (Psychiatric Advance Directive) pravno veljaven dokument, s katerim posameznik vnaprej izrazi svoje odločitve, izbire ali preference glede obravnave v primeru krize. V vnaprejšnji volji določi svojega zagovornika pacientovih pravic (patient advocate), ki pa navkljub enakemu nazivu ni sinonim za zastopnika pacientovih pravic ali pravic oseb s težavami v duševnem zdravju pri nas, ampak je sinonim zdravstvenemu pooblaščenцу po Zakonu o pacientovih pravicah.

Poleg zagovornika lahko zapiše še svoje izbire glede zdravlil, oblik zdravljenja, izbranega psihiatra, izbrane bolnišnice, lahko vnaprej zavrne (ali sprejme) EKT in podobno. Ker lahko tega zagovornika pooblasti tudi za to, da se strinja z jemanjem zdravlil, ki jih navede, tudi v primeru, da jih sam kasneje, ko mu ni priznana zmožnost odločanja o sebi, zavrne; ali da se strinja z njegovo hospitalizacijo v njegovem imenu tudi, ko jo sam kasneje zavrača, se s tem lahko izogne prisilni hospitalizaciji oziroma postopku pred sodiščem.

Pri nas vnaprej izražena volja po Zakonu o pacientovih pravicah nima pravne veljave v psihiatričnem zdravljenju.

- Oblika vnaprejšnje volje je tudi “pogodba z najbližjim,” ki pa se tiče zgolj odnosa med posameznikom in njegovim najbližjim.
- Zelo uporaben je “osebni načrt varnosti,” ki je v rabi predvsem pri žrtvah telesne ali spolne zlorabe oziroma ljudeh s hudo travmo v osebni zgodovini. V njem oseba navede, kaj jo pomirja, kaj jo plaši, kaj jo razburi in tako naprej, kar je lahko v pomoč pri kriznih intervencijah ali hospitalizaciji.
- “Antisuičidalni pakt:” dogovor med dvema posameznikoma, temelji na medsebojnem zaupanju in spoštovanju, uporaben v različnih okoljih (tudi z zdravnikom) in tudi proti samopoškodbam.