Marino Kačič

KOMUNIKACIJA, RAVNANJE IN SVETOVANJE V INTERAKCIJI S SLEPIMI IN SLABOVIDNIMI

UVOD

Ko pomislimo na slepe in slabovidne osebe (v nadaljevanju: slepi), je najbrž prvo, kar nam pride na misel, da je grozno biti slep, saj slepi ne vidijo npr. bujno cvetočih rož, morske obale, prijetnega pogleda ali nasmeška ljudi... Mogoče pomislimo, da imajo taki ljudje probleme, ker ne vidijo, kam stopiti, ne vidijo oziroma izjemno slabo vidijo črke in slike v medijih, ne vidijo bližnje in daljne okolice, v kateri bi se lahko samostojno gibali, delali ipd. Seveda se lahko spomnimo kakšnega slepega, ki smo ga videli v mestu, ko je z belo palico šel na avtobus. Morda se kdo spomni kakšnega soseda, ki je s psom vodičem odhajal vsako jutro nekam v službo. Nekateri so slišali od znancev ali sorodnikov, da slepi ljudje dobro slišijo in da delajo to in ono. Če pa se s takim človekom srečajo, največkrat pridejo v zadrego, ker ne vedo, kako naj ga ogovorijo oziroma mu pomagajo. In povsem naravno je, da ljudje, ki niso imeli opravka s slepim, niso vešči v komunikaciji, ki je malo drugačna od vsakdanje, običajne med videčimi. Drugače pa je s socialnimi delavci in delavkami (v nadaljevanju: socialni delavci), ki se pri delu neizogibno srečujejo s slepimi. Zato je potreba po poglobljenem poznavanju funkcioniranja slepih in njihovih družin še pomembnejša.

Znanost je v preteklem stoletju dosegla nesluten razvoj. Kar je danes samoumevno, je bilo še pred desetletji videti kot znanstvena fantastika. Tak razvoj znanosti je bil mogoč z vse večjo specializacijo posameznih vej ali strok. Kljub današnji subspecializaciji pa se v zadnjih desetletjih po eni strani pojavlja vse več bolezni, po drugi strani pa so ljudje vse bolj nezadovoljni, in to kljub boljšemu življenjskemu standardu (Vester 1991). Zagotovo pomeni način življenja, ki ga danes živimo (stresi, prehrana...), glavno skupino rizičnih faktorjev. Drugi pomembni rizični faktor pa so razosebljeni in zrahljani medčloveški odnosi. Še posebej to velja za proizvodne in storitvene dejavnosti. K temu nas sili nuja po storilnosti in učinkovitosti. Vendar kljub vse večji optimizaciji delovnih procesov rezultati niso boljši. Raziskave so pokazale, da se učinkovitost ne veča enakovredno z večanjem denarja, temveč z izboljšanjem odnosov. Ko so se začeli pogovarjati o odnosih, upoštevanju idej, razumevanju dela ipd., se je proizvodnja v razmeroma kratkem času povečala tudi do 60% (Lewin, po Stritihu 1992: 55-69). Do podobnih ugotovitev so prišli, ko so iskali učinkovitejše metode dela pri pomagajočih poklicih. Ugotovili so, da spremembe v odnosu med pomagajočim in pacientom oziroma klientom (uporabnikom) spremeni tudi rezultate zdravljenja (učinke svetovanja).

ODNOS + DOKTRINA = ZDRAVLJENJE (PSIHOSOCIALNO SVETOVANJE)

Michael Balint je bil rojen v Budimpešti ob koncu 19. stoletja. Tam je delal kot zdravnik in psihiater do začetka druge svetovne vojne, ko je zbežal v Anglijo. Najprej je kot učitelj delal s socialnimi delavci, pozneje tudi z zdravniki. Oboji so delali z ljudmi, ki so ob bolezni trpeli še zaradi osebnih težav. Zato zdravljenje bolezni večkrat ni bilo

učinkovito. Balint je spoznal, da strokovnjaki, ki se v skupini pogovarjajo o svojih pacientih ali klientih, lažje razumejo in lažje prenašajo njihove probleme. S tem se jim spremeni zorni kot gledanja na pacienta ali klienta. To privede do spremembe odnosa, kar ugodno deluje na oba. Na pacienta ali klienta zdravilno, na pomagajočega pa kot izpolnitev ob napornem delu (Stritih in sod. 1993).

Darja Škraba (1988: 517-536) o delu v Balintovih skupinah pove:

> Po več kot dvajsetletnem proučevanju tega, kakšne možnosti ima zdravnik v splošni ambulanti za zajemanje psihosocialnih dejavnikov bolezni, je M. Balint izdelal metodo, po kateri si lahko zdravnik v dokaj kratkem pogovoru z bolnikom ustvari vtis o bistvenih psihosocialnih elementih njegovih razmer. Član Balintove skupine se uči nevsiljivega in neopredeljujočega vodenja pogovora prek štirih izhodiščnih točk:
>
> 1. vzrok prihoda (pustimo bolnika (klienta), da spontano pove, ali enostavno vprašamo samo: »Zaradi česa ste prišli?«),
>
> 2. bolnikovi delovni pogoji (mišljeni so medsebojni odnosi, ne fizične razmere),
>
> 3. družinske razmere (vsebina medosebnih odnosov, ne površinski opis),
>
> 4. bolnikova mladost oziroma preteklost.
>
> Zdravnik v splošni ambulanti je časovno omejen, vendar časovna stiska ni razlog, da ne bi mogel zdraviti celostno. Balint je dokazal, da se lahko člani Balintovih skupin s postopnim učenjem usposobijo, da v šestih minutah zajamejo vtis o nekaterih ključnih psihosocialnih dejavnikih, ki določajo bolnikov odnos do sebe, do drugih ljudi in do bolezni. Zadnja leta je več raziskav v različnih državah pokazalo, da je v pogojih vsakdanjega dela v splošni ambulanti optimalen povprečen čas bolnikovega obiska deset minut. Tudi (in predvsem) kadar je zdravnik časovno obremenjen, je bolj kot dolžina pogovora pomembna vsebina odnosa med zdravnikom in bolnikom ter zdravnikova sposobnost, da v kratkem času oceni bolnikov problem in prepozna, kdaj je potreben daljši pogovor ali razširjena anamneza.

Najbrž socialni delavci naletijo na podobne težave kot zdravniki in medicinske sestre, ko se srečajo s slepimi strankami[1]. To so zlasti problemi v odnosih in morda zadrege v zvezi s komunikacijo. Za reševanje teh težav ni enotnih receptov. A ko se v odnosu taka težava premakne v smer rešitve, se pogosto odprejo nove možnosti (Stritih 1992). To se sklada z idejo, da je poleg doktrinarne pomoči pomemben oziroma »zdravilen«[2] tudi odnos. Morda je prav v takem celovitem pristopu do stranke še veliko neizkoriščenih možnosti v svetovanju oz. obravnavi[3] socialnih delavcev. Poleg tega pristnejši odnos običajno prispeva k zadovoljstvu obeh strani. Za tak odnos pa je med drugim pomembno poznavanje posebnosti komunikacije s slepimi.

KOMUNIKACIJA

Za izhodišče lahko vzamemo komunikacijo med dvema osebama, ki nimata posebnih okvar čutil, kar pomeni, da razmeroma dobro vidita, slišita, čutita... V tem primeru med njima poteka komunikacija na več ravneh. Govorimo o t. i. verbalni in neverbalni komunikaciji (Satir 1995). Poenostavljeno rečeno, verbalna komunikacija je tisto, kar je izrečeno z besedami. Neverbalna komunikacija pa je tisto, kar je nakazano s pogledom (očesni stik), mimiko, telesno držo, kretnjami, dotikom, gestikulacijo ipd. (Slabe, Hafnar 1999). Tudi paralingvistični znaki so nepogrešljivi neverbalni spremljevalci verbalne komunikacije, denimo, barva ali višina glasu, ritem in tempo govora, premori, poudarki in drugi znaki, s pomočjo katerih se orientiramo pri razumevanju predvsem odnosnih sporočil.

Primer. Dekle pripoveduje kolegici o svojem fantu: »Tako toplo me je pogledal, da sem se kar raznežila. Potem me je vprašal, ali imam novo frizuro.« To je primer, kjer sta se verbalna in neverbalna komunikacija skladali. Večkrat pa se zgodi, da sta verbalni in neverbalni del sporočila neskladna ali celo protislovna. Na primer, ko mož pride pozno domov, žena pa ga čaka, da bi šla skupaj v kino. On, mehkega

in polikanega obraza: »Danes je bilo grozno v službi.« Ona z užaljenim obrazom pogleda stran: »Saj te bo ta služba čisto uničila.«

Watzlawick in Beavin (1969: 54) pravita v svojem prvem zakonu komunikacije: »Ni mogoče ne komunicirati.« S tem želita povedati, da takoj, ko sta skupaj dve živi bitji (ali več), poteka med njima komunikacija. Tudi v primeru, če molčita. Molk za drugega nekaj pomeni oziroma ga doživi kot sporočilo. Morda to doživi tako, kot da mu drugi kaže užaljenost, prezir, jezo, samozadostnost ipd. Tudi v primeru, ko prvi vstane in odide ven, potem ko je drugi vstopil v prostor, prvi s svojim ravnanjem nekaj sporoča. Pa čeprav to počne nezavedno oziroma nehote.

Kar se tiče verbalne (besedne) komunikacije, Watzlawick in Beavin (1969: 62) v svojem tretjem zakonu komunikacije med drugim pravita: »Komunikacija je lahko digitalna ali analogna.«

Z digitalnim mislita na jasno in za vse enoznačno sporočilo, na primer: »Ob osmih zvečer pridem domov in takrat želim večerjati!« Analogno sporočilo pa ni tako jasno in bolj namiguje ali samo približno definira pomen, na primer: »Ko bom prišel zvečer domov, bom najbrž lačen!« To sporočilo ne pove, kdaj točno bo prišel domov. V drugem delu pa pove, da bo najbrž lačen, kar je samoumevno in o tem navadno ne govorimo, razen če želimo s tem sporočiti kaj drugega. V tem primeru najbrž to, da naj žena skuha večerjo. Z digitalnim načinom navadno sporočamo vsebino sporočila, z analognim načinom pa odnos do sprejemnika informacije. Oba načina potekata sočasno, pri čemer je analogna v glavnem nezavedna oblika sporočanja (Watzlawick, Beavin 1969).

Pri ljudeh, ki imajo ohranjeno možnost uporabe vseh čutil, je komunikacija kompleksnejša in poteka na več ravneh. To med drugim pomeni, da lahko človek »ujame« sporočilo v vizualnem območju, če ga ne na slušnem. Navadno ga na obeh. S tem človek dobi kompleksnejšo, celovitejšo predstavo o tistem, kar želi pošiljatelj nasloviti na sprejemnika. Sedaj si predstavljajmo nekoga, ki ne vidi (ali pa tako slabo vidi, da ne more zaznati neverbalne govorice), in drugega, ki lahko zaznava na vseh območjih sporočanja. V tem primeru se komunikacija zaplete. Tako bo videči človek zaznal tudi neverbalna sporočila slepega in se na njih odzval. Slepi pa pri videčem ne bo zaznal govorice njegove mimike oziroma jo bo zaznal v zelo omejeni obliki (npr. gibalni del in gestikulacijo) in se zato ne bo mogel ustrezno odzvati. Tako lahko pride do občutka nerazumevanja na obeh straneh, kar vpliva na nadaljnjo komunikacijo, počutje... Oglejmo si to podrobneje.

Vzemimo, da se na avtobusni postaji pogovarjata človeka, ki čakata na avtobus. Eden je slep, drugi z dobro ohranjenimi čutili (v nadaljevanju: videči). Videči reče: »Oprostite, da sem vsiljiv. Vam lahko kako pomagam?« Slepi odvrne: »Ne, hvala. Na tej poti se kar znajdem.« Videči: »Pa verjetno še malo vidite?« Slepi: »Ne, čisto nič.« Videči: »Čisto nič? Ja, dobri ste, da kar tako sami greste.« Potem videči opazi, da se na obrazu slepega kaže užaljenost, zato bo verjetno (avtomatsko) vprašujoče pogledal. Ker slepi ne vidi tega pogleda videčega, se nanj ne odzove, temveč ostane v istem doživljanju in verjetno z enakim ali podobnim izrazom na obrazu. Videči morda pomisli, da je slepi užaljen zaradi njega, morda pa si reče, da ni čudno, saj je slepi tako prikrajšan za to ali ono, in začne se mu smiliti. Poskušal bo slepemu kaj lepega reči, preusmeriti pogovor drugam, da bi slepemu pomagal do boljšega razpoloženja. Morda bo rekel: »Saj danes se medicina tako hitro razvija, da je vse mogoče.« Takoj nato opazi na obrazu slepega še bolj mrke poteze. Zmeden je, saj mu oči slepega nič ne sporočajo. Zaradi izraza na obrazu slepega pa lahko videči pomisli, revček..., saj ni čudno... Ne pomisli pa, da prizadetost, ko jo je prvič opazil na obrazu slepega, morda ni pomenila odziva na stavek: »A kar sami greste?«, temveč je bila izraz doživljanja slepega, da ga ima videči za revčka. Seveda slepi ni videl vprašujočega in zbeganega pogleda videčega. Če bi ga, bi mu bil najbrž pojasnil, kaj ga moti, še verjetneje pa videčega ne bi doživel kot pokroviteljskega in s tem sebe ne kot revčka. Seveda iz poznavanja človeške duševnosti vemo, da občutek »revčka« (manjvrednosti) ni stvar komunikacije,

temveč specifičnega vzorca interpretiranja, ki je lahko tudi izraz posameznikove osebne nezrelosti. V taki komunikaciji se to še bolj sproži, ker slepi ne opazi nekaterih sporočil na obrazu sogovornika, ta sporočila pa sporočajo, da je tudi videči v stiski ali zadregi in negotov pri tem nevsakdanjem srečanju.

Lahko rečemo, da se podobne stvari dogajajo tudi med videčimi, vendar pri njih ne gre za komunikacijsko nezmožnost zaradi nedelujočega senzornega organa, ampak morda zaradi osebnih dvomov, neustrezne vzgoje ipd. V tem primeru se je mogoče »učiti« še pozneje, v primeru okvare senzornega organa pa se lahko človek uči samo nadomestne komunikacije prek drugih senzornih organov. Tako slepi in slabovidni razvijejo zelo prefinjeno prepoznavanje (razlikovanje) neverbalnih sporočil v zvoku, artikulaciji. Prav tako razvijejo (ali vsaj izboljšajo) kinestetično zaznavanje, to je zaznavanje občutkov s kožo. Na ta način lahko zaznajo, »začutijo« počutje drugega. Ti procesi večkrat potekajo nezavedno in se kažejo kot nezadovoljstvo človeka, če mu sogovornik nekaj govori, medtem ko je sam napet, razdražljiv... To se izraža pri telesni drži in gibanju, kar lahko slepi zazna. Na ta način (sluh, občutek, objektna percepcija) slepi na daljavo zaznavajo sporočila sogovornika – govorimo o intermodalni percepciji. Najlažje si jo predstavljamo, če se spomnimo, kako »posluša« gluhonemi. Tako, da poleg kretenj opazuje tudi ustnice in mimiko sogovornikovega obraza. Na ta način »odčitava« (interpretira) pomen sporočila. V obeh primerih gre za »prevajanje« iz ene senzorne modalitete v drugo, glede na to, kateri senzorni organ je funkcionalen.

Komuniciramo (na blizu) tudi prek dotika, otipa. Z dotikom lahko precej točno zaznamo razpoloženje, počutje... sogovornika (Slabe 1997). Verjetno je to najpopolnejši in hkrati primaren način komunikacije, ki smo se ga učili že kot dojenčki. Na primer, prvo, kar mati naredi z dojenčkom po porodu, je, da ga stisne k sebi. Otrok čuti varnost, toplino... In kot vemo, če hočemo komu pokazati, da ga razumemo, je veliko bolj učinkovito, da mu stisnemo roko, kot da za ta namen uporabimo ploho besed.

Socialni delavci v procesu svetovanja ali obravnave najbrž ne morejo pogosto uporabljati komunikacije z dotikom, ker se lahko znajdejo v mejni situaciji[4] in tvegajo, da bo stranka dotik razumela na napačen način. Tako komunikacija v veliki meri poteka s poudarkom na sluhu. Zato je pomembno, kakšen jezik oziroma način izražanja uporablja socialni delavec (Slabe, Hafnar 1999).

Povsem običajno je, če rečemo: »Tam je stol,« ali: »Na mizi tam zadaj,« ali: »Tam spredaj pred vami je školjka,« in to s prstom ali gibom glave podkrepimo oziroma dopolnimo informacijo z neverbalnim sporočilom (Van Dyck 1992). Ker slepa oseba ne bo zaznala neverbalnega dela sporočila, bo zmedena, saj samo verbalni del: »Pred vami je miza,« ne bo omogočil vedeti, kje se predmet nahaja. Tako večkrat prihaja do zadreg na obeh straneh. Morda pa tudi do nesporazumov, saj lahko slepi to »mimohodko« v komunikaciji doživi kot nerazumevanje ali nezainteresiranost socialnega delavca in se ustrezno odzove. Po drugi strani socialni delavec verjetno doživi v takem trenutku slepo stranko kot tečno, nikoli zadovoljno, kot težkega človeka. In čeprav etični kodeks socialnim delavcem nalaga strpnost in razumevanje uporabnikov, se občutkov nezadovoljstva pri svojem delu pogosto ne morejo znebiti.

Take in podobne nesporazume lahko v veliki meri presežemo, če uporabljamo »drugačen jezik«. S tem mislim uporabo opisnega jezika, kar pomeni, da verbalni in neverbalni del sporočila prelijemo v novo celoto, ki jo izrazimo na verbalen način. V primeru sporočila: »Za vami je stol,« ko s pogledom dodatno pokažemo, kje je to, bi lahko rekli tudi tako: »Kakšne tri metre levo za vami stojita dva stola« (Van Dyck, 1992). Tudi prevelika skrb ni potrebna – v primeru sporočila: »Pazi, vrata! Udaril se boš!«, lahko rečemo: »Dva metra pred teboj so napol odprta vrata.« Slepi sam ve, da zanj to pomeni nevarnost. Zelo pa vam bo hvaležen za informacijo oziroma sliko, ki ste jo prelili v besede. Seveda vse našteto ne velja v enaki meri za vse slepe oziroma slabo-

vidne. Odvisno je tudi od tega, ali so od rojstva slepi ali pozneje izgubijo vid, kolikšen ostanek vida imajo, prav tako je odvisno od posameznikove osebne zrelosti in trenutnih kriz. Zagotovo je stopnja habilitiranosti (od rojstva slepi) ali stopnja rehabilitiranosti (pozneje oslepeli) pomembna pri samostojnosti slepe stranke (Slabe, Hafnar 1999). Osebna zrelost pa je drugi pomembni vidik pri samostojnosti in komunikativnosti, kar povsem velja tudi za ostale ljudi. Srečamo lahko tudi slepe in slabovidne osebe, ki se bodo pritoževale nad usodo ali nemočjo, češ, če bi videl, bi bil drugačen. To kaže bolj na še nerazrešena travmatska čustvena doživetja, ki jih sproži nemoč in občutek prikrajšanosti, ne pa toliko na problem slepote v ožjem smislu (Kačič 1993).

RAVNANJE IN SVETOVANJE

Da bi odnos deloval »zdravilno« in da bi razumeli »nerazumne« odzive v komunikaciji s slepo stranko, moramo razumeti, s čim taka oseba prihaja k nam (na center za socialno delo, v pisarno). Vemo, da je na primer človek, ki pride na pogovor v obdobju, ko se mu vid drastično slabša, poln strahov, dvomov, napetosti (Hafnar, Možina, Kačič 1996). Vsak dogodek, ki ne pelje k upanju na »ozdravljenje«, ga tako ali drugače iztiri (lahko postane nestrpen, jezen, užaljen ipd.). Skratka, odzove se glede na svoje življenjske izkušnje in osebno zrelost. Vidimo, da uporabnik poleg problema z očmi v odnos prinese še vso svojo zgodovino (individualno in družinsko). Nič ne pomaga odpisovati (poskušati skriti) sebe in svoje probleme, saj se to neprenehoma zrcali v vedenju oziroma odnosu z drugimi. In zagotovo je socialni delavec pomemben odnosni subjekt vsake stranke, ne glede na to, da ta izraža predvsem pričakovanja po pomoči (svetovanju ali obravnavi) v ožjem smislu. Dejansko doživlja tudi pričakovanja pomoči v širšem smislu, kar na primer ponazarja želja, biti sprejet »kot človek« in ne kot »številka oziroma objekt«, želja, biti razumljen. Potrebe po tovrstnih socialnih uslugah pa se običajno ne izražajo vnaprej, temveč za nazaj, in sicer kot nezadovoljstvo, kot občutek, da nekaj ni bilo v redu. Vendar oseba še nima jasne opredelitve, kaj je bilo narobe. Zato je pomembno, da se človek vsaj za nazaj, retrogradno, zave, kaj mu je manjkalo v odnosu. S tem je na dobri poti, da z drugim razvije pristnejši odnos ter tako zadovolji pričakovanja po socialni pomoči v širšem smislu, kar je zdravilno za oba.

Opisani retrogradni občutek, da je bilo nekaj narobe, pa je še vedno meglen in nam ne kaže jasne slike zapleta. Zato tvegamo, da »udarimo mimo«. Klient lahko v svojem repertoarju razpolaga z naslednjo osebno interpretacijo: »Nihče me ne mara, invalidov ne more nihče razumeti!« To pa lahko pelje v navidezne rešitve, kot so: »Ta strokovnjak ni dober, zato se bom pritožil. Taka ustanova ni nič vredna. Boril se bom za spremembe!« Da bi lahko prišli do retrogradnega spoznanja[5], moramo poskusiti konkretno razčistiti, kaj se je dogajalo med nama, npr.: »Tista zoprna socialna delavka mi je takrat rekla, da bi bilo zame dobro, če se včlanim v Društvo slepih. To me je takrat prizadelo, ker nisem zmogel sprejeti, da bom ostal slep. Morda je bila malce nespretna v tem, a mi je hotela pomagati.« Na ta način se uporabniku preoblikuje (preokviri) predstava o tej socialni delavki. S tem se spremeni tudi njegov odnos do nje, kar pelje v drugačno interakcijo, ta pa v nove predstave, doživetja, spremembe – zadovoljitve po socialni pomoči v širšem smislu.

Seveda lahko k nezadovoljivemu izidu prispevata obe strani, stranka in socialni delavec. Pri socialnih delavcih nimam v mislih doktrinarnega vidika dela, ampak odnosni vidik. Če npr. socialna delavka razmišlja ali pa se ob kavici pogovarja s kolegico o strankah kot o sitnobah, denimo: »Tisti starec tam, uhhh,« »Tisti domišljavi dami bi najraje...«, se to pozsneje zrcali v odnosu s to stranko. Prav nič ne pomaga, če se trudimo biti prijazni, saj je to le navidezno razpoloženje oziroma »fasada«. Odnos in iz njega izhajajoče doživljanje pa zaobjemata dejansko notranje razpoloženje in ne tistega, ki bi ga morda želeli prikazati. Zato je za ustrezen odnos potrebna dobrohotnost do strank. S tem ne mislim, da

socialni delavci ne bi smeli doživljati neprijetnih občutkov, nezadovoljstva, jeze itn. do strank, pač pa menim, da je treba te nerazrešene občutke in dileme strokovno reševati v supervizijskih skupinah (Ladendorff 1969). Dopustno je »biti samo človek«, ni pa dopustno prelagati neugodnih čustev na stranko. Če za osebo nesprejemljivih doživetij in nesporazumov ne razrešujemo »strokovno«, potem to najbrž nadomestimo z uporabo (zlorabo) moči.

Pomembnost odnosa pri obravnavi kot tudi retrogradnega spoznanja bom poskusil prikazati s svojo izkušnjo, ki jo tukaj prvič opisujem in jo želim podeliti z bralci. Doživel sem jo v bolnici, kjer sem po nesreči ostal slep.

> Tisti prvi mesec je šlo za življenje, za »biti ali ne biti«. Na slepoto nisem niti pomislil. Zdelo se mi je samoumevno, da me bodo pozdravili, in potem bo vse po starem. V drugem mesecu, ko sem bil izven življenjske nevarnosti, mi je postajalo vse bolj sumljivo. Zakaj nobenega pregleda? Zakaj nobene operacije? Zakaj skrivnosten molk? Začel sem spraševati, kaj je z mojimi očmi? »Naredili smo vse. Nič se ne da narediti! Ni pomoči!« Zvenelo je mrko in hladno. Kakor oblaki, ki prihrumijo pred nevihto, se med seboj mešajo, zadevajo drug ob drugega, zatemnijo dan in povzročijo strele. Tako so se v meni zbirali občutki. Razbohotil se je vihar doživetij in misli. Mešala se je preteklost s prihodnostjo. Naenkrat kot blisk se mi je posvetilo: »Ostal bom slep! Ostal bom za celo življenje slep! Ostal bom prikovan, nemočen! Nikamor se ne bom mogel peljati, ničesar storiti, ničesar delati! Ničesar pogledati! Ničesar, ničesar, ničesar!«
>
> Bil sem kakor razdejano mesto po katastrofalnem orkanskem potresu. Vseh preteklih bogatih izkušenj, smislov, ciljev naenkrat ni bilo več. Še huje, bili so tam, neuporabni, brez vrednosti. Spomini iz preteklosti so se mi udinjali kakor v posmeh sedanjosti. Vihar doživetij je premetaval dirjajoče misli, ki so zadevale druga ob drugo in se naposled izgubile v praznini, ki je zijala v moji prihodnosti. Obupno sem se trudil najti kaj oprijemljivega. Pa nič! Takrat bi se oprijel tudi lažnega upanja. Sam sebi sem se zdel neumen in ničvreden. Življenje pa brez smisla. Vrednost: minus nula. Počutil sem se neskončno sam, zapuščen in nerazumljen. Edini svetel žarek, ki se je prebijal skozi to neurje in me grel, so bile izkušnje preživetja z roba smrti, ki sem jih bil ob in po nesreči doživel. Bile so tam, kakor ravnokar odkrit neznaten, a trden otoček, ki mu orkan grozi, da ga bo odpihnil. Vse to se je navzven kazalo kot moja preobčutljivost, nestrpnost, zadirčnost, godrnjanje, jeza in nezaupljivost. In seveda nezadovoljstvo nad zdravniki! Saj sem se trudil, da ne bi bil tak, pa ni šlo. Neslo me je krepko prek vseh meja mojih dotedanjih izkušenj naravnost na čistino dojenčka. Bil sem na koncu in začetku življenja hkrati. Večina tega, kar sem se do tedaj v življenju naučil, ni bila uporabna. Izkušnje, ki bi jih bil v novih okoliščinah kot slepi potreboval, pa še niso obstajale. Nepopisna zmešnjava. Sem, pa me ni.
>
> Ni čudno, da se me je večina izogibala in da so se nekateri do mene vedli hladno (na distanci oziroma vljudnostno). Imel sem tudi srečo, da je peščica strokovnjakov tvegala in se mi »približala«. Tako sem na primer vsak dan obiskoval fizioterapevtko, ki mi je masirala obraz, izvajala vaje za muskulaturo mimike obraza. Istočasno pa se je name še drugače odzivala. Jaz temu pravim, da se je »pogajala«. Nekako tako je šlo:
>
> Jaz: »Če bi me pravočasno operirali, bi danes morda videl!«
>
> Ona: »Takrat se je šlo za preživetje. Ni bilo moč misliti na operacijo.«
>
> Jaz: »Morda res. Vendar kasneje bi lahko...«
>
> Ona: »Pa kasneje je tudi to zdaj...«
>
> Jaz: »Ja, ampak to...«
>
> Tako se je vleklo iz dneva v dan. Fizioterapevtka je zdržala v tem mučnem odnosu. Opravljala je svoje delo in bila je človek, ki me je slišala. Bila je človek, ki je »vzela zares« moje kosti, moje rane, pa tudi moje občutke in misli. Nisem bil več številka. Nekdo se je zame zanimal. Nekomu sem nekaj pomenil. Bil sem zopet oseba. Ne da bi vedel, kako in kdaj, se je med nama vzpostavilo zaupanje. Kazalo se je v tem, da nisem dvomil v njene besede. Njej sem zaupal, drugim ne. Seveda ji tega nisem rekel, najbrž niti kaj veliko pokazal. Preveč je bilo čustev in misli. Vendar sedaj so se nanašale na nekaj oprijemljivega,

na nekaj, ob kar so trčile, nekaj, s čimer so se lahko tudi bojevale. Niso se zgubile v praznini, temveč so dobile odziv. Rezultat tega je bil občutek srečanja človek-človek. Iz tega se je rodilo zaupanje. To je bila podlaga za sprejemanje fizioterapevtkinih misli in besed o možnosti v prihodnosti in s tem za upanje. Upanje je kot svetilnik v pristanišču za ladje na odprtem viharnem morju. Kaže jim možno pot in s tem zmanjša nevarnost, da bi se na čereh razbile. Vendar moram reči, da sem vse to dogajanje med menoj in fizioterapevtko razumel šele čez nekaj let - za nazaj, retrogradno. Takrat sem samo doživljal, da je drugačna, da je človeška, da je velik strokovnjak.

K takemu razpletu po eni strani prispevajo stranke, po drugi strani pa je še pomembnejši pristop (odnos) strokovnjakov - medicinskih sester, zdravnikov in še zlasti socialnih delavcev. Da bi lažje razumeli, kaj vse vpliva na odziv slepih in slabovidnih strank, si poglejmo, kaj se dogaja s posameznikom in njegovo družino ob popolni ali veliki stopnji izgube vida. V nadaljevanju se bom osredotočil predvsem na proces rehabilitacije in njene stranpoti. Procesom habilitacije oziroma vzgoje slepih od rojstva se bom v tem kontekstu namenoma izognil.

REHABILITACIJA SLEPIH IN SLABOVIDNIH

Danes si ne znamo predstavljati, da ne bi gledali na človeka kot na celoto, ko ga poskušamo razumeti ali mu pomagati pri spremembi ali zdravljenju. Vemo, na primer, da za zdravljenje diabetesa ne zadošča insulin, ampak mora oseba spremeniti prehrambene in gibalne navade, način delovanja. Vse to pa zahteva od posameznika, da spremeni svoje cilje, predstavo o življenju itn. Ker tak človek običajno s kom živi, se mora tudi njegova družina vsemu temu prilagoditi. Lahko rečemo, da nima samo posameznik problemov, ampak jih ima družina kot celota. Zato že dolgo ne gledamo več na družino kot na zbir zainteresiranih posameznikov z nekaterimi skupnimi cilji, ampak kot na svojevrsten organizem oziroma sistem. Ta sistem ima svoja pravila in značilnosti. Eden prvih avtorjev, ki je o tem pisal, je bil Alfred French (1977), ki je izluščil štiri zakonitosti:

1. V družini je vse povezano z vsem (vsak dogodek z vsakim, vsak človek z vsakim).

2. V družini se vse spreminja in vse nekam gre.

3. »Vse se plača« (če nekaj zamašiš, nekje drugje izbije, poči - pokaže se kot simptom oziroma problem).

4. Naravno gre najbolje (ni receptov; lahko rečemo, da narava ve najbolje, kar pomeni, da moramo vzeti zares tudi simptome in probleme, ki nam jih kaže).

Raziskava na temo *Odziv družine na pojav slepote* (Kačič 1993: 14) je pokazala te faze oziroma obdobja, ki nastopijo ob veliki ali popolni izgubi vida pri enem od članov:

1. obdobje — *čustvena prizadetost in zanikanje*. Za to obdobje je značilna velika čustvena prizadetost in zanikanje možnosti, da bi človek ostal slep. Zanikanje se kaže v tem, da člani ravnajo tako, kot da je samo vprašanje časa, predvsem pa ustreznega zdravljenja, da bo prišlo do spremembe. Zato iščejo »boljše« zdravnike. Vzporedno s tem ali ko so medicinske možnosti izčrpane, pa organizirajo še razna alternativna zdravljenja. Družina je angažirana v glavnem okoli »problema« slepote. Ostale potrebe in dolžnosti so »nepomembne«. Drugi člani družine so v glavnem pripravljeni »streči bolniku«. V nasprotnem primeru se že v tej fazi zrcalijo slabi odnosi iz preteklosti družine.

2. obdobje — *razumsko spoznavanje in prilagajanje*. V tem času družina spozna, da tako ne gre več naprej. Tako so utrujeni od iskanja, pomilovanja in razočaranj, da se začenjajo nakopičena, neizražena čustva in stresi kazati v odnosih. Nehote »prasketa« nezadovoljstvo (češ, dovolj te imam, ali ne vidiš, da samo delam, ti pa...). To sproži občutke krivde in nehvaležnosti in že imamo mešanico nasprotujočih čustev. Zato se družina prej ali slej odloči, da morajo kaj narediti. Največkrat poiščejo koga s podobnimi težavami, društvo slepih, morda rehabilitacijo ipd. Družina postopno sprejema dano situacijo.

3. obdobje — *stabiliziranje in nova*

organizacija. Z doseganjem minimalnih sprememb, ki se pokažejo potem, ko začne družina iskati pot iz dane situacije, se tudi čustvene napetosti malo sprostijo. Hkrati spremembe vnesejo več upanja za prihodnost. Kljub temu, da so čustvene in bivanjske stiske še vedno v ospredju, se postopoma gradijo novi odnosi, vloge se prerazporedijo, družinski člani se naučijo nove komunikacije in organizacije bivanjskega prostora. Pozneje se izoblikujejo nove življenjske vrednote, novi skupni in posameznikovi cilji ter smisli. Najdejo se novi prijatelji, s katerimi se »razumemo«, ipd. Postopno se gradi življenjsko pomembna socialna mreža.

Kazalci dobre rehabilitiranosti družine oziroma njenega prilagajanja na nove življenjske okoliščine se kažejo po eni strani v čim večji stopnji samostojnosti slepega: samostojnost v higieni in prehrani, gibalni samostojnosti v domačem prostoru in, še bolje, v širši okolici ali na delovnem mestu, čim širša socialna mreža, šolanje, služba... Po drugi strani se omenjena ustrezna adaptacija v družini kot celoti kaže z dobrimi medosebnimi odnosi, enakomerno porazdeljenimi vlogami in nalogami družine (slepi ponovno prevzame nekatere naloge v družini), čim večji vključenosti družine v širši socialni prostor (novi družinski prijatelji, skupne aktivnosti...). Dejansko dobimo vtis, da je taka družina ponovno »zaživela«, vendar v novih, spremenjenih okoliščinah. Te so zahtevale korenito spremembo vseh posameznikov, pa tudi vsega družinskega sistema. Ljudje iz takih družin izražajo zadovoljstvo, olajšanje. Večkrat rečejo: »Ni lahko, ampak gre. Sedaj je lažje. Sedaj vemo, kaj pomeni biti brez vida. Sedaj cenimo tisto, kar smo prej imeli.« Ob tem pa ne doživimo vtisa, da so zaradi izgub zagrenjeni. Nasprotni znaki se kažejo pri slabo prilagojenih družinah, na primer, večja zaprtost družine vase in v svoj problem, pretirana odvisnost slepega od videčih družinskih članov, »nezdravi« medosebni odnosi. Pa občutki ogroženosti družine, razočaranosti, ogoljufanosti, nerazumevanja, zagrenjenosti. Odvisno pač, na kateri »stopnici« po poti k novi organiziranosti in adaptiranosti se družina trenutno nahaja. Ko se srečamo s slepim ali njegovimi družinskimi člani, bo njihov odziv odvisen od tega, kje na tej poti rehabilitacije se trenutno nahajajo. Naletimo lahko na topel, sumničav, mračen, užaljen, agresiven, človeški in še kakšen odziv. V tem smislu ni problem slepota, temveč prebolevanje krize, ki jo je slepota sprožila pri družini. V tem smo si vsi ljudje enaki (Kačič 1993).

Izguba vida pri odrasli osebi (še posebej v prvih mesecih) pomeni *mejno življenjsko situacijo*, ko se v hudi stiski prizadeti posameznik in njegovi bližnji soočijo s temeljnimi, eksistenčnimi življenjskimi vprašanji. Prizadeti se soočijo z svojo človeško krhkostjo (kaj sploh lahko še počnem v življenju?), ranljivostjo (te bolečine in trpljenja ni mogoče prenesti), osamljenostjo (zakaj se je to zgodilo ravno meni?, nihče mi ne more odvzeti trpljenja), z vprašanjem smisla življenja (čemu bi sploh še živel?). Izguba vida je lahko izziv, ki marsikoga za vedno vrže na kolena, da se ne more več dvigniti iz depresije ali ostane večni nezadovoljnež, poln očitkov (Hafnar, Možina, Kačič 1996). A. French v svoji drugi točki družinskih zakonitosti pravi: »Vse se spreminja, vse nekam gre.« Ob tem se lahko vprašamo, ali oseba, ki je oslepela in je nergaška, nesamostojna, polna očitkov, otroška, večno nezadovoljna, morda regresira, »gre nazaj«? Nevarnost take (regresivne) drže je, da jo drugi člani družine prepoznajo kot osebno držo oslepelega ali posplošeno, »slepi so taki«. V takem primeru se omenjena predstava utrdi in tako se odnosi, pričakovanja in vloge ustalijo, kar pomeni, da se družina ne resocializira. Oslepeli posameznik pa se ne rehabilitira.

Lahko pa se posameznik in njegovi bližnji v tej krizi dokopljejo do globljih življenjskih spoznanj in do globokih osebnih odgovorov na temeljna življenjska vprašanja, kar je pomembno za nadaljnjo reorganizacijo družine. Ob tem se zelo verjetno nekoliko spremeni vrednostna orientacija (vrednostni zemljevid) družine kot celote. Pri vsakem od članov pride do reorganizacije njegovih odnosov in s tem pride posameznik do drugačnih vlog in nato statusov (Stritih in sod. 1993). Domi-

nantni mož, denimo, po oslepitvi ne more imeti enakega statusa. Tudi če poskuša uveljaviti svojo voljo, je odvisen od drugih članov. Tako obstaja nevarnost, da mu pripišejo vlogo nergača, kar pomeni, da mu bodo zvečine ustregli, samo da »bo v hiši mir«, ne pa, ker bi ga upoštevali kot »prvega«.

Za uspešno pot k cilju konstruktivne reorganizacije je ključnega pomena dober in pravilen »začetek«. Ta se vzpostavi neposredno po delni ali polni izgubi vida, tj., ko nastopi kriza, in ne šele takrat, ko gre oseba na formalno rehabilitacijo (Kačič 1993). Za pozneje oslepelega sta ustrezen odnos in prva socialna pomoč *neposredno po nastopu krize* enako pomembna, kakor sta za dojenčka pomembni ustrezna nega in ustrezna družinska atmosfera, da bi pozneje odrasel v zrelega in samostojnega človeka. V tem obdobju (prvi fazi) je oslepela oseba odprta za novo eksistencialno izkušnjo, saj išče novo orientacijo v svojem socialnem kontekstu. Verjetno se to prvo (odprto) obdobje konča, ko oseba zavzame novo držo in ponovno poveže socialno mrežo odnosov. K uspešnosti slednjega lahko z »zdravilnim« odnosom (ne na distanci) precej prispevajo strokovnjaki, s katerimi se oseba srečuje.

Zavzemam torej stališče, da je temeljna eksistencialna reorientacija mogoča zlasti v (sub)akutni fazi po izgubi vida. Če oslepeli v tem času ne dobi ustrezne pomoči ali če se začetek pomoči preveč oddalji od tega trenutka, se možnost za uspešno adaptacijo zmanjša. To potrjujejo tudi nevrofiziološke raziskave, ki kažejo na nujnost čimprejšnje pomoči ljudem v krizi – t. i. krizne intervencije. Gre za to, da dražljaj, ki običajno potuje prek *hipotalamusa* v limbični sistem, na primer amigdalo, kjer dobi čustveni predznak in ga posreduje *hipokampusu*, v katerem s pomočjo kognitivnih procesov dobi pomen ter ga posreduje v *prefrontalni korteks*. Iz korteksa se vrača odgovor amigdali. Na primer, odgovor »katastrofa bo« sproži nove negativne reakcije. Če postane situacija za človeka neznosna, se prekine pretok impulzov iz amigdale v hipokampus in prefrontalni del, kar v hipokampusu povzroči blokado – disociativni blok. Ta blokada je pomembna za preživetje. Če pa traja dolgo (dolga močna kriza), začne hipokampus zaradi neaktivnosti atrofirati. To pomeni, da ostanejo nepopravljive posledice, tudi ko kriza mine. Tako oseba izgubi stik in ne more priklicati nekaterih prejšnjih življenjskih izkušenj, kar pa je za »novo oslepelega« vitalnega pomena, saj ima že sicer zelo skrčene možnosti.

Socialni delavci, ki delajo na področju svetovanja ali pa obravnavajo stranke (urejanje pravic, usmerjanje itn.), se večkrat srečujejo z ljudmi, ki so pred kratkim oslepeli, morda se še sploh ne zavedajo, da bodo slepi, ali pa se jim je vid močno poslabšal in so v velikem strahu, kdaj bo še slabše. Vse to so za njih in njihove svojce zelo krizne situacije, v katerih so preobčutljivi. Takrat ima še večji pomen vsaka beseda, gib glave, zavijanje z očmi, puščanje v negotovosti, kaj bo z njimi, njihovimi pravicami (Hafnar, Možina, Kačič 1996). Zdravnik se je naučil prenašati neuspele operacije, saj lahko le tako učinkovito dela naprej, za pacienta, pri katerem taka operacija ni uspela, pa je to najstrašnejša novica, ki jo lahko sliši. Čeprav z doktrinarnega vidika ni več kaj storiti. Z vidika odnosa pa lahko zdravnik prispeva k olajšanju pacienta in njegovih družinskih članov, če jim novico posreduje na »človeški način«. Na primer, da si vzame nekaj minut časa, jih povabi v pisarno, jim razloži trenutno stanje in kaj je mogoče, kar je čisto drugače, kot če informacijo sporoči mimogrede na hodniku. Kmalu za tem prevzamejo še težje delo drugi strokovnjaki, med katerimi je tudi socialni delavec, saj taka oseba potrebuje po eni strani psihosocialno svetovanje, po drugi strani pa socialno obravnavo, da bi si nanovo uredila status, pravice, spoznala možnosti. Takrat je stranka v »krizni situaciji« in temu (ne)primerno se tudi obnaša. Vendar bi morali kot strokovnjaki razumeti, da pacientovo vedenje ni naperjeno proti nam, ampak ga »spodnaša«, ker se je znašel ne samo na svoji meji, temveč tam, kjer se zdi, da je že presegel vse svoje zmožnosti. Probleme, ki jih imajo v tej zvezi socialni delavci, bi lahko reševali strokovno s pomočjo supervizije. Z »zdravilnim«

odnosom pa lahko bistveno prispevajo k lajšanju stiske, predvsem pa k hitrejšemu okrevanju stranke. Pri tem ni receptov, temveč velja podobno kot pri iskanju sreče, kjer moramo ubirati indirektne poti. Doživetje sreče nastopi samo od sebe, ko posameznik uresniči nekaj, kar ima vrednost zanj osebno in ga hkrati povezuje z drugimi. Podobno je pri psihosocialni pomoči, ki lahko omogoči občutek zadovoljstva in je zdravilna. Iz lastne izkušnje, ko sem oslepel in se znašel v vlogi oslepelega klienta, lahko potrdim, da je to mogoče.

SKLEP

Pri strokovnem delu v pomagajočih poklicih *se ni mogoče izogniti* odnosu. Mogoče pa je izbirati vsaj med dvema vrstama pristopov:

a) način, kjer dajemo vso *prednost strokovni vlogi* in ostajamo *v odnosu na distanci* (strokovnost + vljudnost), ali

b) način, kjer dajemo *enak pomen strokovni vlogi* in medsebojnemu *srečanju na človeški ravni* (strokovnost + pristnost).

Oba načina sta strokovna in legitimna. Razlika je v obliki odnosa, ki se vzpostavi. V prvem primeru je odnos *vljuden* in običajno *hladen*, v drugem primeru je *raznolik* in običajno *pristnejši*, kar je »zdravilno« za oba – klienta in strokovnjaka. Zdravilni odnos ima po mojem razumevanju prednosti.

a) Za klienta/stranko:

• *Eksistencialne izkušnje* so še zlasti nujne v kriznih obdobjih, ko se socialna mreža »trga« ali je »razredčena«. Za izhod iz krize pa je ključnega pomena izkušnja srečanja z drugo osebo, saj oslepeli tako doživi svojo vrednost, smisel, kar je temelj motivacije za ponovno vzpostavitev njegove socialne mreže in z njo svoje nove integritete.

• *Zaupanje* se porodi, ko klient doživi, da gre strokovnjaku zanj kot za človeka in ga ne doživlja zgolj kot bolezen, problem v ožjem smislu. To pa je temelj za njuno nadaljnje sodelovanje oziroma reševanje primarnega problema, zaradi katerega je klient prišel po pomoč.

• V zaupnem in »varnem« odnosu je oseba pripravljena učiti se *socialno-komunikativnih veščin*, je sprejemljiva in pripravljena spremeniti nekatere svoje navade (vzorce vedenja), načine sporočanja, npr. izražanje nezadovoljstva, uveljavljanja svojih želja, kar je v družinskem kontekstu morda osnova za spremembo odnosov, vlog in s tem statusov v družini.

b) Za strokovnjaka (socialnega delavca):

• *Izpolnjenost.* Z odnosom, ki temelji na osebni ravni (človek–človek), prihaja do medsebojne interakcije tudi na osebni ravni, kar ustvarja socialno energijo, vitalnost. Oba, tako klient kot strokovnjak, se lahko iz takega odnosa »polnita«, kar je nasprotno od običajne problematike strokovnjakov današnjega časa. To pa je izpraznjenost, iztrošenost, izgorelost.

• *Zorenje.* Z osebnim odnosom strokovnjak tvega, da pride do meja svojih lastnih izkušenj in s tem do samega sebe. Prav na tem robu oziroma v novi situaciji se lahko uči novega, drugačnega razumevanja, vedenja, kar mu koristi tako pri delu kot v zasebnem življenju.

• *Zadovoljstvo.* Z osebnejšim odnosom se ustvari zaupanje, ki omogoča kooperativnejšo držo klienta, kar pripelje do boljših rezultatov. Strokovnjak lahko upravičeno doživlja to kot svojo učinkovitost in s tem vrednost ter zadovoljstvo, ki se pozna pri njegovem nadaljnjem delu.

Naj na koncu spomnim še na en vidik, ki vpliva na odnos in rezultate dela. Stranka, ki pride po pomoč, je lahko v kateri koli fazi krize (na začetku, na vrhuncu ali v izteku). Skladni s fazo krize so tudi njegovo vedenje, potreba in zmožnost reševanja težav. Vse skupaj pa je obarvano z njegovim značajem in preteklimi izkušnjami. Ne glede na to zdravilni odnos omogoča boljše rezultate, kot se kažejo tisti hip, saj so nekateri učinki *prepoznavni retrogradno*.

Opomba

[1] Obrazložitev mojega razlikovanja pojmov klient in stranka: klient je oseba, ki pride po pomoč in ji ponudimo psihosocialno svetovanje, saj je rešitev težave povezana z njeno spremembo osebnosti. Stranka pa je oseba, ki jo obravnavamo, da bi rešili njen problem, ki pa ni nujno povezan z njeno osebnostno spremembo – fokus dela je na reševanju problema izven osebnosti stranke.

[2] Zdravilni odnos razumem kot tiste vrste odnos, ko dajemo enak pomen strokovni vlogi in »srečanju« na človeški ravni. To pomeni, da nismo varno »skriti« za vljudnostjo, ampak tvegamo čustveno bližino. S tem je postavljen temelj za zaupanje. To pa je osnova za sodelovanje, zdravljenje, svetovanje, učenje.

[3] Svetovanje ali obravnava: poglavitno delo socialnih delavcev je psihosocialno svetovanje oziroma reševanje klientovih težav ob hkratnem spreminjanju njegovih predstav, iskanju novih interpretativnih vzorcev. Večkrat pa socialni delavci opravljajo delo, kjer ni potrebno neposredno psihosocialno svetovanje, ampak bolj koordinativno delo, npr. urejanje namestitve v dom upokojencev, izdaja odločbe o denarnem dodatku ipd. V tem primeru socialni delavec osebo bolj »obravnava«, podobno kot to počne npr. pravnik. V danem tekstu se opiram na tovrstno razlikovanje dela socialnih delavcev.

[4] Mejna življenjska situacija je vsako doživetje, za katerega nimamo ustreznega »odgovora« oziroma odziva, je mejno doživetje, saj smo prišli na mejo svojih izkušenj. Če se srečamo s skrajnimi izkušnjami eksistencialne narave (npr. s smrtjo), pa temu rečemo mejna življenjska situacija.

[5] Retrogradno spoznanje je razumevanje dogodka in odzivov v preteklosti za nazaj. Gibalo odziva so največkrat občutki, ki vodijo v naslednja dejanja. Retrogradno spoznanje pa je interpretiranje oziroma sestavljanje teh doživetij in odzivov na novi interpretativni ravni, v novo shemo razumevanja različnih med seboj povezanih dogodkov in to v nasprotnem vrstnem redu, kot so se dogajali, vse do ključnega dogodka.

Literatura

A. French (1977), *Disturbed Children and Their Families.* New York: Norton & Co.

M. Hafnar, M. Možina, M. Kačič (1996), *Program rehabilitacije za kasneje oslepele.* Škofja Loka: Center slepih in slabovidnih.

M. Kačič (1993), *Odziv družine na pojav slepote.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

H. Ladendorff (1969), Psihološki in sociološki vidiki supervizije. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 18: 95.

V. Satir (1995), *Družina za naš čas.* Ljubljana: Cankarjeva založba.

D. Slabe (1997), *Logoteoretska spoznanja v zdravstveni negi slepih in slabovidnih oseb.* Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo (diplomska naloga).

D. Slabe, M. Hafnar (1999), Medicinska sestra v komunikaciji s slepim bolnikom/varovancem. *Obzornik zdravstvene nege*, 33: 243-149.

B. Stritih (1992), *Skupinsko delo v procesu psihosocialne pomoči.* Ljubljana: Filozofska fakulteta (doktorska naloga).

B. Stritih in sod. (1993), *Normativi in standardi v socialnem delu.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (poročilo o raziskavi).

D. Škraba (1988), Učenje v Balintovih skupinah – pot k celostnemu zdravljenju bolnika. *Medicinski razgledi*, 27: 517-536.

H. van Dyck (1992), *Ne tako, ampak tako.* Ljubljana: SLS.

F. Vester (1991), *Kriza prenaseljenih območij.* Ljubljana: Državna založba Slovenije.

P. Watzlawick (1994), *Da bi lažje bili nesrečni.* Ljubljana: Mohorjeva založba.

P. Watzlawick, J. H. Beavin (1969), *Mensche kommunikation.* Bern: Huber Verlag.