

Maša Pupaher^{1,2}

Psihoterapevtski proces z osebami z oviranostjo: doživljanje terapevtov in njihov pogled na oviranost

The psychotherapy process with people with disabilities: therapists' perception/experiences and their view on disability

Povzetek

Vstop terapevta v terapevtski proces predstavlja vstop v neznano, pri psihoterapevtskem delu z osebami z oviranostjo pa v ospredje prihajajo tudi vprašanja in dileme, vezana na specifične oviranosti. V svoji raziskavi smo želeli preveriti, kakšna so stališča terapevtov o osebah z oviranostjo, ali je telesni stik, ki je potreben za spremljanje v in iz terapevtskega prostora, vir negativnih občutkov terapevta, kakšna so prepričanja o vzrokih za vstop v terapevtski proces oseb z gibalno oviranostjo ter kako doživljajo prisotnost tolmača v terapiji z osebo z gluhosto. V raziskavi je sodelovalo 78 terapevtov, od tega 15 moških in 63 žensk. V namen raziskave smo oblikovali anketni vprašalnik, ki je bil udeležencem posredovan prek spletne aplikacije 1ka. Rezultati so pokazali, da terapevti v večini menijo, da gibalna oviranost ni glavni vzrok za vstop v terapevtski proces, hkrati pa način spremljanja oseb s slepoto za večino ne predstavlja vir neprijetnih občutkov. Rezultati so prav tako pokazali, da so razlike v odgovorih pri vprašanjih, vezanih na prisotnost tolmača, najmanjše. Za nadaljnjo raziskovanje obravnavanih vprašanj je potrebno kvalitativno raziskovanje, ki bo omogočilo poglobljenejše raziskovanje in hkrati ponudilo terapevtom jasno izražanje njihovih vprašanj in dilem.

Ključne besede: psihoterapevtska aliansa, osebe z oviranostjo, telesni stik, transfer, kontratransfer

¹ Maša Pupaher. Naslov: Hacquetova ulica 3, 1000 Ljubljana; GSM: 031 715 927; e-naslov: masa.pupaher@gmail.com. Maša Pupaher je diplomirana psihologinja in študentka specialističnega študija psihoanalitične psihoterapije na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.

² Maša Pupaher has a Bachelor degree of Psychology and is a PHD student of psychoanalytic psychotherapy at the Sigmund Freud University in Ljubljana.

Abstract

Entering the process of psychotherapy means taking a step into the unknown. Psychotherapeutic work with people with disabilities can pose different questions and dilemmas can emerge. This study aims to examine the following research questions: how do therapists view people with disabilities, whether therapists experience discomfort when coming into physical contact with a person with blindness, what beliefs are present regarding the reason for entering psychotherapy for people with physical disabilities, and how do therapists perceive the presence of a sign language interpreter during therapy with people with deafness. 78 therapists in total took part in the study, of which 15 were male and 63 were female. To research the topic, a questionnaire was designed and distributed to the participants via the 1ka online survey application. Results have shown that the majority of therapists do not consider physical disability to be the main reason for their clients entering the psychotherapeutic process. Moreover, the technique used for physically guiding a person with blindness does not present a source of discomfort for the therapist. In questions relating to the presence of a sign language interpreter, although the results showed only minor discrepancies, this indicated it to be the most problematic area of the study. For further research, a qualitative method should be used. It would offer the chance for deeper research and create a more open field for discussing therapists' dilemmas.

Key words: Psychotherapeutic alliance, people with disabilities, touch, transference, countertransference

Extended abstract

Inclusion, which is reflected in increasing social inclusion, for instance in main stream education and active encouragement in employment, also offers more direct contact with people with disabilities in the therapeutic process as well. The literature shows that most dilemmas and questions related to psychotherapy with people with disabilities have been reported in psychotherapy with clients with a disability in the area of vision (blindness) and in the area of hearing (deafness).

Regardless of using any of the correct definitions of disability, therapists need to consider Adler's thesis which is based on his theory of individual psychology. He states that no intrinsic human phenomenon can be studied on its own, but only by taking into account the whole personality. When it comes to the psychotherapy process with people with disabilities, dilemmas about one's own

competences and experiences about working with these clients might occur. In such a situation supervision is indispensable offering space for emotional release and a chance for generating new knowledge. The supervisor helps the therapist in identifying their own saboteurs - beliefs and values on which misleading conclusions could be made. An important topic within this area is also exploring one's own beliefs about the concept of normality. The literature shows that the concept of normality should be understood as a concept that develops in the context of social norms; the problem is not the person with a disability but the constructed normalcy that creates the "problem" of a person with disability. Such an understanding is important because the therapist also helps the client with exploring which (personal or societal) barriers are within their power to change.

Psychotherapy with people with a disability in the area of vision (blindness).

In addition to the medical definition of blindness, the functional assessment of blindness also needs to be addressed. Blindness is not a reason for not being able to achieve life goals. Nevertheless such clients need in their new environment help with orientation. While in the psychoanalytic approach touch is avoided, more humanistic-oriented directions use touch as a technique for deepening the therapeutic relationship. Regardless of the theoretical framework from which the therapist comes, the process of supervision should be a place to reflect on the effects and the possible sexual or personal meaning of touch for the therapist. In this context therapists need to remember that touch is limited to a guiding technique, which is a method of providing help and a part of the therapeutic relationship.

Psychotherapy with people with physical disabilities

Each client brings into the process his own reason for entering. In therapy with clients with physical disabilities, reasons can range from feeling that their problems are not related to physical disability, to the feeling that this is the only thing that needs to be addressed. Other causes can be depressive states or a phase of prolonged denial. The client's physical disability affects their ways of coping; although tailored ways of performing activities are accessible, they maybe not represent the same psychological function.

Therapists with clients with a physical disability are often faced with accepting the unchangeable reality of the disability. The therapist's distress can

consequently lead to problems with focusing on any topic other than disability. Also through countertransference feelings of guilt can occur – especially when the therapist's interventions fail to reach the client's transference expectations.

Psychotherapy with a person with a disability in the area of hearing (deafness)

Deafness is according to WHO one of the most difficult forms of disability. Due to limitations in communication in therapy, the therapist needs to take a more active role and his interpretations have to be less abstract. In the case of an interpreter, the problem with communication appears to be solved. But research has showed that problems occur when therapists experience feelings of concern because of judgements the interpreter could make about the therapist's work, which may lack in spontaneity. In the course of a therapy session it is not appropriate for the interpreter to talk about his own feelings. The therapist can after the session inquire how the interpreter is feeling. While such involvement helps to build a relationship to work well as a team, the inquiry should never turn into therapy for the interpreter. In the event of negative feelings towards the interpreter, therapists should take the chance to ask for another person, with whom they may feel more comfortable.

This study aims to examine therapists' points of view on people with disabilities, whether the therapist experiences discomfort when coming into physical contact with a client with blindness, what beliefs are present regarding the reason for entering the therapeutic process for people with physical disabilities, and how therapists perceive a sign language interpreter in therapy with a client with deafness.

Method

The study involved 78 participants, 15 male (19.23%) and 63 female (80.77%). The sample consists of 45 (57.69%) educators in various psychotherapy approaches and 33 (42.31%) certified psychotherapists. The average age of all participants is 44.91 years. The most commonly represented modality in the sample is transactional analysis (16 participants), and the least are the psychodynamic approach and logotherapy (3 participants). The average year of experience is 10.65. For the purpose of obtaining data, a questionnaire was designed. The initial part of the questionnaire includes questions for acquiring demographical data. This part is followed by four sections for each form of disability. The first section consists of 11 statements concerning the therapist's point of

view on people with disabilities. The second section refers to working with clients with blindness. The contents of the five statements of the third section, which relates to psychotherapy with persons with physical disabilities, mainly focus on the reasons these clients have for entering into the psychotherapy process. The last section includes 8 statements which refer to therapists' perception of a sign language interpreter in therapy with clients with deafness. The questionnaire ends with an open question asking about perceived challenges in working with people with disabilities (this question was not included in the analysis). The questionnaire was designed on the Ika web application. A link to the questionnaire was sent to various social media websides and mailing lists. The results were analysed by using the SPSS statistics programme.

Results and conclusions

The results show that therapists think that people with disabilities are faced not only with personal but also societal barriers, which is important because of the therapists role in helping the client with developing coping strategies and not seeing them as in any way "injured" or "in need of immediate assistance." Most therapists also believe that there are other topics besides disability that need to be addressed. This is also indicated by the answer to the open question about perceived challenges of working with clients with a disability; one participant stated that disability represents only one of the characteristics of the individual and not his whole being.

The results showed that most therapists would have no difficulties in providing help by guiding a client with blindness. Regardless of the therapists' theoretical approach, they need to be aware that in this case touch is only a matter of providing assistance which is a part of the therapeutic relationship. However, supervision should represent a place where such dilemmas can be explored.

Based on the results, the vast majority of participants believe physical disability is not the main reason for coming into therapy and also that coping with one's own physical disabilities is not the most important topic that needs to be addressed. Even though physical disability may not be the main topic, integrating the individual's sense of his or her own body with self may be needed. This is required because disabilities acquired later in life may represent a traumatic event in which dissociation is a frequent defence mechanism.

The smallest differences were found in the answers to the question about the presence of the interpreter. The reasons for this may be a feeling that the therapist sees the interpreter as "someone who knows the client best" or concern because of judgements the interpreter could make about the therapist's work.

Even though our results showed that communication is seen as a common challenge, therapists did not report that the level of self-disclosure or less spontaneous responses would be a consequence due to the presence of an interpreter.

In conclusion, based on our results, therapists would not have any problems with providing help by guiding a client with blindness. Therapists in most cases also do not perceive people with disabilities as victims. We can see that the answers indicate the therapist's openness to the diversity of the individual's experience. The results suggest that any specific form of disability may just be a fact accepted by the client as one part of his reality. But on the other hand it may also be a source of intense distress that can lead to entering the therapeutic process. We also noticed that most questions and dilemmas arise while working with clients with deafness.

We need to take into account that because our questionnaire was not validated, immediate conclusions can not be made. Further research in this field should be based on a qualitative method, because answers to the discussed dilemmas are not unambiguous.

Like all other clients, clients with disabilities also bring their internal conflicts and defense mechanisms into therapy. Working with a person with a disability does not mean that the therapeutic process needs to be adapted because of the disability; nevertheless, sensitivity to some specifics is still important. A therapeutic relationship is one that offers a new experience. Participants indicated developing a therapeutic relationship as the most common challenge, which is important for working with the entire client population. It offers the client the opportunity of self-disclosure and self-exploration in a safe environment. Nevertheless, it is sometimes difficult to accept the unchangeable reality of people with disabilities as they reflect the fragility of human existence and lead us to feelings of our own physical, mental and intellectual vulnerability, which are most human and experienced by all.

Uvod

Različne oblike oviranosti so večkrat razumljene kot nespremenljivo stanje, vendar gre v resnici za nekaj kompleksnega, dinamičnega in večdimenzionalnega. Ena izmed številnih opredelitev pravi, da je oviranost krovni izraz za omejenost v aktivnostih in nezmožnost udeležbe v različnih situacijah. Oboje pa se nanaša na negativne interakcije med posameznikom z določenim zdravstvenim stanjem in kontekstualnimi, okoljskimi in osebnostnimi individualnimi dejavniki (Leonardi, Bickenbach, Ustun, Kostanjsek in Chatterji, 2006). Avtorji oviranosti opredeljujejo kot težave s telesnim delovanjem (Leonardi, Bickenbach, Ustun, Kostanjsek in Chatterji, 2006). Omejenost v dejavnostih je opisana kot težava v izvajanju različnih dejavnosti. Nezmožnost v udeležbi na različnih področjih pa je opredeljena kot težava pri sodelovanju v kateri koli dejavnosti v okolju zaradi diskriminacije (WHO, 2011). Ne glede na to, katera opredelitev oviranosti je bralcu zaradi teoretičnih in praktičnih okvirjev, iz katerih izhaja, bližje, je treba upoštevati tezo, ki jo je razvil Adler (Adler, 1958) znotraj svoje teorije »individualne psihologije«. Teza pravi, da nobenega pojava, do katerega pride znotraj človeka, ne gre proučevati izolirano. Proučuje se lahko le ob upoštevanju človekove osebnosti kot celote. Vsak posameznik pa prav tako stremlji k svojemu, edinstvenemu slogu življenja (Adler, 1958).

Oviranost je del človeške, družbene realnosti, s katero se v času svojega življenja (ne)posredno sreča vsak posameznik. Terapevti se pri svojem delu srečujejo z oviranostmi neposredno prek klienta z oviranostjo ali posredno prek dela z družinskimi člani ali okolico. Ne glede na to, ali je stik posreden ali neposreden, je pomembno, da so terapevti opremljeni z ustreznimi znanji in veščinami, ki se dotikajo dela s tovrstno populacijo. Pogosto se namreč postavljajo vprašanja o občutku lastne kompetentnosti, etičnih načelih, o ravni vključenosti teoretičnih in praktičnih vsebin, vezanih na temo različnih oblik oviranosti v izobraževalnem procesu, itn. (Cornish, Erickson, Monson, Olkin, Palombi in Abels, 2008). Bolj kot vključevanje vsebin, povezanih z oviranostjo v izobraževalnem procesu, predstavlja pomemben vidik osebnost terapevta, ki vpliva na potek terapevtskega procesa (Keirse, 1998). Empatija, sposobnost prepoznavanja čustev, transferja in kontratransferja pomembno vplivajo na razvoj varnega in stabilnega terapevtskega odnosa (Keirse, 1998).

Vsebine, ki so že bile tematizirane in predstavljajo pomemben vidik za osebnostni in profesionalni razvoj, je v svojem delu združil Davis (2013). Ta v svojem eseju (Davis, 2013) razpravlja o konstrukt normalnosti in kako ta vpliva na pojavljanje razlik med osebami z »idealnim« telesom in osebami z oviranostjo,

pri čemer je oviranost zaznana kot nekaj »nenormalnega« (Davis, 2013). V nadaljevanju Hubbard (Hubbard, 2013, v Davis, 2013) razpravlja o možnostih prenatalnega testiranja morebitne oviranosti. V svojem eseju osvetljuje dožemanje teh postopkov kot pozitiven napredek naše družbe, pri čemer izpostavlja hipotetične primere (ugotavljanje barve kože itn.), ki pa bi jih družba najverjetneje označila kot diskriminatorno in neodgovorno ravnanje. Obravnava tudi načine razumevanja oviranosti, ki so posledica zgodovinskega dogajanja in socio-kulturnih dejavnikov (npr. posledica greha v prejšnjem življenju) (Hubbard, 2013, v Davis, 2013). Ob razmišljanju o navedenih temah sta nepogrešljiva procesa supervizije in intervizije. Tak proces terapevtom pomaga k višji stopnji odprtosti za nove izkušnje in sprejemljivosti, ki sodeč po raziskavah predstavljata tudi pomembni osebnostni lastnosti, ki vplivata na potek terapevtskega procesa (Finlay, 2018).

Na splošno naj bi obravnava teh klientov, tako kot vseh, od terapevta zahtevala odprtost do različnosti (Fowers in Davidov, 2006). Terapevti včasih težko sprejmejo razlike, ki so značilne za osebe z oviranostjo, saj je težko razmišljati o svojem privilegiju »zdravega ter normalnega telesa« in priti v stik z neprijetnimi občutki realnosti lastne duševne, telesne in intelektualne ranljivosti (Fowers in Davidov, 2006). Normalnost je v tem kontekstu treba razumeti kot konstrukt, ki se oblikuje na podlagi socio-kulturnih dejavnikov in socialnih norm. Davis (2013) je zapisal, da »problem« ne predstavlja oseba z oviranostjo, temveč način, s katerim je normalnost zaznavana tako, da oviranost problematizira in jo definira kot »nenormalnost« (Davis, 2013).

Asociacije, stališča in prepričanja, ki se povezujejo s socialnim, kulturnim in zgodovinskim pogledom na oviranost, velikokrat niso tuji strokovnjakom, ki se ukvarjajo s psihoterapijo. Ti osebe z oviranostjo lahko zaznavajo kot »bolne«, »poškodovane« ali »potrebne takojšnje pomoči« (Stuntzner in Hartley, 2014). Takšna prepričanja in neupoštevanje različnih perspektiv lahko močno vplivajo na svetovalni oz. terapevtski odnos (Stuntzner in Hartley, 2014). V nadaljevanju bodo na kratko predstavljena osnovna vodila, ki psihoterapevtom lahko pomagajo pri njihovem delu in usmerjanju njihove pozornosti na teme, ki jih terapevt lahko vnaša v supervizijo in proces ozaveščanja svojih vsebin. Supervizija, ki predstavlja vse bolj odprt prostor strokovne varnosti ter čustvene kreativnosti, postaja tudi prostor generiranja novih znanj ter strokovnih pristopov (Rožič, 2015). Ozaveščanje latentnih vsebin, grajenje lastne terapevtske identitete ter urjenje v vlogi terapevta je le nekaj ciljev procesa supervizije (Rožič, 2015). Pridobivanje vpogleda v svojo komunikacijo in način dela pa je pomembno tudi pri delu s klienti z oviranostjo. V procesu supervizije terapevti prihajajo v stik s svojimi latentnimi vsebinami. Če klienta npr. opisujejo bolj negativno (pri čemer se opis nanaša na oviranost), supervizor na to opozori

in terapevta spodbudi k nadaljnjemu samoizpraševanju in samoraziskovanju superega in iz njega izhajajočih ponotranjenih vrednot, prepričanj, zapovedi in sposobnosti samokritičnosti (Spy in Oyston, 1999, v Corroll in Holloway, 1999). Avtorici navajata primer terapevtke, na katero se je obrnila oseba z gibalno oviranostjo. Ker terapevtkini prostori v zgornjem nadstropju za to osebo niso bili dostopni, se je terapevtka odločila, da bo terapijo izvajala v spodnjih prostorih, kjer je bilo dostopno tudi stranišče, čeprav ti prostori prvotno niso bili namenjeni za izvajanje terapije. Po enem letu je terapevtka ugotovila, da njen klient s podporo druge osebe zmore po stopnicah (Spy in Oyston, 1999, v Corroll in Holloway, 1999). Opisani primer nam tako kaže na pomembnost prepoznavanja svojih sabotiranj – svojih prepričanj, na podlagi katerih delamo zaključke, ki niso vedno v skladu z realnostjo. V nadaljevanju avtorici navajata primer klienta z oviranostjo na področju vida (slepoto), ki je terapevta prosil za pomoč pri spremljanju do terapevtskega prostora. Terapevt je klientu odvrnil, da bi bilo dobro, da se nauči večje neodvisnosti in da se svojih klientov ne dotika (Spy in Oyston, 1999, v Corroll in Holloway, 1999). V supervizijskem procesu je terapevtu ponujena možnost, da prek opisanih (in drugih) primerov raziskuje svojo vlogo pri nudenju potrebne pomoči in hkratnem vzdrževanju mej, ki so potrebne za vzpostavitev in vzdrževanje ustreznega odnosa (Spy in Oyston, 1999, v Corroll in Holloway, 1999).

Ob misli na vpletenost vsebin, vezanih na oviranost, v izobraževalni proces ter na terapevtove izkušnje, lahko upoštevamo študijo o značilnostih terapevtov in njihov vpliv na psihoterapijo, ki jo je Martin Etchever predstavil na 49. konferenci združenja za psihoterapevtsko raziskovanje (Bernik, 2019). Rezultati so pokazali na razlike izkušenosti terapevtov, razlike v vzpostavitvi terapevtskega odnosa pa niso bile zaznane. Tako so ugotovili, da bolj izkušeni terapevti psihoterapijo razumejo kot »obrtiško« dejavnost, ki od njih zahteva stalno samoizpraševanje, zagovarjajo pa prednost hkratnega sočutja in nevtralnosti do klienta. Psihoterapevti z manj izkušnjami pa psihoterapijo vidijo kot večščino, ki je racionalno naučena. Menijo, da se njihove veščine izboljšajo v primeru, ko pri sebi zaznajo napredek, kar zanje pomeni motivacijo za nadaljnji razvoj (Bernik, 2019).

Moč jezika

Pri delu s tradicionalno marginaliziranimi skupinami je pomembno zavedanje uporabe ustrezne terminologije. Uporaba neustreznih izrazov, kot so npr. hendikepiran, žrtev ali pohabljenec, pri osebah z oviranostjo povzroča negativno samoznnavanje, zlasti ko te izraze ponotranjijo (Stuntzner in Hartley, 2014).

Uporaba omenjene terminologije se povezuje s posameznikovimi prepričanji,

ki se izrazijo v socialnih interakcijah. Osebe z negativnimi stališči se oseb z oviranostjo izogibajo, jim pripisujejo negativne osebnostne lastnosti ali pa v odnosu z njimi občutijo povišan nivo anksioznosti (Siller, Chipman, Ferguson in Vann, 1995). Izbira (ne)ustrezne terminologije kaže tudi na to, ali osebo z oviranostjo sprejemamo kot individualno osebo s pravicami, željami in potrebami, ki je enaka vsem drugim, ali kot osebo, ki potrebuje usmiljenje (Titchkosky, 2001).

Ovire, ki jih zaznajo osebe z oviranostjo in njihove družine

Terapevti v terapevtskem procesu klientu pomagajo pri razlikovanju med ovirami, ki si jih pripisujejo sami, ter tistimi, ki jim jih pripisuje okolje. Prve se nanašajo na izkušnje, ki vplivajo na njihov način razmišljanja in vedenje. Primer tega je klient, ki mu je bilo rečeno, da določenega opravila ni sposoben opravljati (Stuntzner in Hartley, 2014). Ovire, ki jih posameznikom z oviranostjo pripisuje okolje, pa se kažejo v negativnih prepričanjih delodajalcev o delovni učinkovitosti, arhitekturni nedostopnosti javnih objektov itn. Vloga terapevtov pri tem je, da skupaj s klientom raziščejo tako klientovo vlogo v takšnih situacijah kot tudi strategije, ki mu lahko pomagajo pri lažjem soočanju z njimi (Stuntzner in Hartley, 2014).

Splošni nasveti

Za zagotavljanje kakovostnega terapevtskega odnosa so koristni splošni nasveti, ki jih je izpostavila Stuntzner (Stuntzner, 2012, str. 7):

- pomembnost zavedanja realnosti izraženih negativnih občutkov, ki se nanašajo na oviranost,
- s procesom supervizije je pomembno prepoznavanje tem, ki so terapevtu neprijetne (npr. oviranost in spolnost, kontratransfer),
- zaupanje, da osebe z oviranostjo do neke mere same poznajo svoje telo in z njim povezane zmogljivosti ter omejitve (pri čemer je potrebna občutljivost za morebitno disociacijo),
- prepoznati, da veliko oseb z oviranostjo le-te ne zaznava kot prevladujoč problem in da se je treba osredotočiti še na področja, nepovezana z oviranostjo.

Terapevtski proces z osebami z oviranostjo na področju vida

V namen raziskave se bomo znotraj oviranosti na področju vida v nadaljevanju osredotočili na slepoto. Slovenska medicinska definicija, ki smo jo prevzeli

po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), pravi, da med osebe s slepoto uvrščamo osebe z ostankom vida, ki znaša manj kot 5 %, ali z zoženim vidnim poljem za 5–10 stopinj (WHO, 2019). Poleg medicinske opredelitve je prav tako pomembna funkcionalna ocena slepote, ki se od ocenjevanja ostanka vida usmeri v zmožnosti posameznika (Popovič, 1986). Izhajajoč iz te ocene je oseba slepa do mere, do katere zmore razviti nove načine doseganja postavljenih ciljev (ki bi bili doseženi tudi v primeru, ko bi oseba videla) (Popovič, 1986). Kljub spremenljivosti funkcionalnosti, ki se nadgrajuje na podlagi učenja novih veščin, se osebe s slepoto pri odločitvi za psihoterapijo soočajo s specifičnimi težavami. Prva ovira je lokacija terapevtskih prostorov, saj se navezuje na sposobnosti orientacije osebe (Harsh, 1994). Pomembno je, da so osebe deležne pomoči v obliki učenja orientacije (tiflopedagoška obravnava). Ne glede na to, koliko pomoči pri orientaciji prejemajo, je pomembno, da pri prvem telefonskem pogovoru terapevt klientu poda natančna navodila o lokaciji, saj so pri osebi, ki se v nekem okolju znajde prvič, prisotni občutki strahu (Harsh, 1994). Pomembno je, da terapevt pri klientu preveri, kakšne informacije so zanj pomembne. Pomoč pri orientaciji pa klient lahko potrebuje tudi znotraj prostora (Harsh, 1994). Ko klient terapevta čaka, naj mu, ko se mu približa, svojo prisotnost z normalno frekvenco glasu tudi nakaže (Adams, 1980). Terapevt klienta lahko povpraša, ali ta potrebuje spremstvo do terapevtske sobe. V primeru, da klient pomoč potrebuje, je dobro, da terapevt pozna pravilen način spremljanja. Klient prime terapevta za roko nad komolcem, terapevt pa hodi približno pol koraka pred osebo s slepoto. S tem ima oseba občutek nadzora nad gibanjem svojega telesa, lažje pa tudi zazna morebitne ovire (ZDSSS, 2018). Tema dotika je v psihoterapiji prisotna že od samega začetka. Med različnimi modalitetami pa glede ustreznosti dotika znotraj procesa prihaja do razhajanj. Psihoanalitična teorija telesni stik med klientom in terapevtom zavrača, saj naj bi zaustavil klientov razvoj, motil transfer in povzročal zastoj prostih asociacij (Phelan, 2009). Wernicke (2011) pa poudarja, da vsak dotik pri drugem vzbudi telesni in čustveni odziv. Izhajajoč iz te predpostavke terapevti, ki izhajajo iz humanističnih smeri, dotik uporabljajo kot tehniko za namen poglobljanja odnosa s klientom in raziskovanje transferja (Wernicke, 2011). Nekateri torej dotik razumejo kot zdrav element odnosa, do katerega prihaja tudi zunaj terapije. Drugi argument za uporabo dotika je, da do travmatičnih dogodkov prihaja že v obdobju, ko do razvoja govora še ni prišlo (Toronto, 2001). To posledično pomeni, da telesni stik predstavlja edinstveno izkušnjo, ki vodi do nezavednih vsebin (Toronto, 2001). Ob razmišljanju o telesnem dotiku je ne glede na razlog morebitnega vpletanja tega v proces treba razmišljati o učinkih, možnem seksualnem pomenu in pomenu dotika za terapevta (Harrison, Jones in Huws, 2012). Četudi je namen telesnega stika v našem

primeru v okviru pomoči pri spremstvu, je pomembno ozaveščanje pomena in namena, ki ga terapevt pripisuje dotiku na podlagi modalitete, iz katere izhaja, ter lastnih vsebin, s katerimi prihaja ob temi dotika v stik. Tudi v tem primeru je ključna supervizija, ki terapevtu pomaga pri negovanju doslednega upoštevanja tanke meje med nudenjem pomoči v klientovo dobro in kršenjem etičnih načel, povezanih s telesnim stikom.

Eden izmed razlogov, povezan s slepoto in vstopom v terapevtski proces, je zastoj v eni izmed faz soočanja s slepoto. Prve raziskave, ki se nanašajo na raziskovanje odzivanja posameznikov na svojo slepoto, so se pojavile leta 1908, leta 1970 pa je Fitzgerald (Fitzgerald, 1970) v svoji raziskavi, ki je vključevala osebe s slepoto v Londonu, prvi v večji meri sistematično opisal proces odzivanja. Ta vključuje: 1) zanikanje slepote; 2) protest, v katerem zahtevajo drugo mnenje specialista in odklanjajo uporabo bele palice; 3) depresija, ki vključuje izgubo teka, anksioznost in tudi samomorilne misli in 4) sprejemanje realnosti (Fitzgerald, 1970). Raziskave na področju proučevanja samospoštovanja pri osebah z oviranostjo na področju vida so pokazale, da se višje samospoštovanje pozitivno povezuje s socialno oporo, natančneje z oporo vrstnikov in prijateljev (Huurde, 2000), z možnostjo neodvisnega življenja ter razvojem veščin, ki pripomorejo k večji samostojnosti (Beach, Robinet in Hakim-Larson, 1995). Po drugi strani pa so raziskave pokazale, da so osebe s slepoto, ki je pridobljena pozneje v življenju, bolj nagnjene k depresiji, kar se kaže predvsem pri osebah v pozni odraslosti (Hayman idr., 2007). Prisotna depresivnost se ne povezuje toliko z izgubo vida kot pa z vplivom na funkcionalnost v vsakdanjem življenju, ki je posledica izgube vida (O'Donnell, 2005). Thurston, McLeod in Thurston (2013) so izvedli kvalitativno študijo, katere namen je bil proučiti terapevtski proces in terapevtski izid osebe, ki je vid izgubila v pozni odraslosti. Rezultati so pokazali, da so klientu najbolj pomagali: občutek razumljenosti, možnost izražanja občutkov, vezanih na izgubo vida, iskanje lastne identitete, razvoj strategij za soočanje z izgubo, s strahom, z odvisnostjo in odzivi drugih, raziskovanje možnosti pozitivne prihodnosti kljub slepoti, iskanje smisla ter razvoj občutka povezanosti z drugimi (Thurston, McLeod in Thurston, 2013).

Delo z osebami s slepoto od terapevtov ne zahteva, da bi svoj odnos do teh klientov spremenili, pomembno je le zavedanje prisotnosti nekaterih specifik, npr. da tudi tisti, ki ne vidijo, lahko opazijo spremembo v odnosu oz. vedenju terapevta, čeprav morda ta misli, da jih ne (npr. terapevtovo zehanje ali pogledovanje na uro) (Adams, 1980).

Terapevtski proces z osebami z gibalno oviranostjo

Osebe z gibalno oviranostjo so tiste, pri katerih je prisotna gibalna oviranost pridobljena ali prirojena, kaže pa se v nižjih zmožnostih hoje, uporabe rok ali izvajanja drugih motoričnih aktivnosti (Cirius Kamnik, 2018). Če je gibalna oviranost pridobljena, to lahko predstavlja travmatičen dogodek, ki vpliva na posameznikovo doživetje časa in prostora ter sposobnost racionalnega razmišljanja. Konflikti, ki se povezujejo z novonastalimi potrebami po varnosti in zaščiti, se kažejo kot občutki anksioznosti ali kot regresija, ki se odraža prek vedenja (Oliveira, Milliner in Page, 2004). »Izguba sposobnosti« se povezuje z »izgubo funkcije ega«, kar vpliva na sposobnost prilagajanja. Na prvi stopnji, ko se posameznik svoje gibalne oviranosti zaveda, je lahko ogrožen njegov občutek za smisel. To zavedanje pa vpliva na občutek telesne integritete ter celo na občutek lastne identitete (Oliveira, Milliner in Page, 2004). Ne glede na prilagoditveno sposobnost se spremembe kažejo predvsem v prisotnosti obrambnih mehanizmov, kot so zanikanje, represija, projekcija, regresija in disociacija (Oliveira, Milliner in Page, 2004). Kadar je gibalna oviranost pridobljena, se posamezniki ali družine obračajo po pomoč k različnim strokovnjakom, do katerih razvijejo že skoraj magična pričakovanja. Od njih pričakujejo, da imajo moč, s katero bodo spremenili njihovo resničnost (Oliveira, Milliner in Page, 2004). Takšna pričakovanja so navadno nezavedna in se povezujejo z željo, da bi »iz njih naredili idealno celoto brez napak«.

V eni izmed raziskav, ki se nanaša na vzrok vstopa v psihoterapevtski proces, je Yorke (Yorke, 1980) opredelil in razlikoval tri skupine posameznikov, ki v povezavi z gibalno oviranostjo vstopajo v proces psihoanalitične psihoterapije. V prvo skupino spadajo posamezniki, ki se odločijo za terapijo, ker so prepričani, da je to edini problem, na katerega se je treba osredotočiti in je izvor nastale patologije. V drugo skupino so uvrščeni klienti, ki so se za terapijo odločili iz razlogov, ki z njihovo gibalno oviranostjo niso povezani. Na tem mestu Yorke (1980) opozarja, da je prepričanje, da se klientove težave z njegovo gibalno oviranostjo ne povezujejo, predstavlja nevarnost, saj se takšno prepričanje lahko kaže kot posledica neintegracije telesne podobe o sebi in sebstva. Zadnjo skupino pa oblikujejo posamezniki, pri katerih gibalna oviranost ni prisotna, vendar se za psihoanalizo odločijo zaradi strahu pred oviranostjo (York, 1980). V psihoterapevtski proces osebe z oviranostjo pripeljejo tudi depresivna stanja ter posledice podaljšane faze zanikanja (Langer, 1994). Pridobljena gibalna oviranost vpliva na dotedanje načine mehanizme spoprijemanja s stanjem (kot npr. sprehod, vožnja s kolesom itn.). Po pridobljeni oviranosti so sicer na voljo prilagojeni načini izvajanja aktivnosti, vendar ni nujno, da za osebo predsta-

vljajo enako psihološko funkcijo (sublimacija). Avtorica (Langer, 1994) navaja primer moškega z gibalno oviranostjo, ki pravi, da mu je pri izvajanju aktivnosti v napoto lastno telo in da bi bilo bolje, da bi bila glava in telo ločena. Klienti s pridobljeno gibalno oviranostjo morajo na novo ovrednotiti svoja prepričanja o funkciji telesa na eni strani in sebstvu na drugi (Oliveira, Milliner in Page, 2004). Osebe, ki zaradi prilagajanja zanikajo depresivne simptome, svojo stisko najpogosteje izražajo prek odnosov z družino in s prijatelji. Raziskave so pokazale, da tovrstni posamezniki svojo energijo največkrat porabljajo za to, da preživijo iz dneva v dan, pri čemer lastne domišljije in potenciala ne razvijajo (Oliveira, Milliner in Page, 2004).

V začetni fazi terapije so ti klienti osredotočeni na sedanost in se izogibajo raziskovanju svoje preteklosti ali prihodnosti (Oliveira, Milliner in Page, 2004). Njihova obrambna drža je neprilagodljiva in trdna, saj svoje frustracije težko prenašajo. Za terapevte v terapiji z osebami z gibalno oviranostjo je pogosto najtežja stvar sprejemanje njihove (pogosto) nespremenljive resničnosti. Stiska terapevtov je lahko tako močna, da se v terapevtskem procesu le stežka osredotočajo na katero drugo temo kot oviranost. Prisotni pa so lahko tudi kontratransferni občutki, ki pri terapevtu izzovejo občutek krivde, ker transfernim občutkom klienta ne zadostijo (Oliveira, Milliner in Page, 2004). Kontratransferni občutki terapevta izhajajo tudi iz prepričanja, da ob odsotnosti oviranosti do depresivnega razpoloženja ne bi prišlo. Pri tem spet prihaja do vprašanja o konceptu »normalnosti« in terapevtovega odnosa do (ne)spremenljivosti klientovega stanja ter terapevtovega odnosa do lastne minljivosti in ranljivosti (Langer, 1994). Psihoterapevti v terapevtski proces s klienti vnašajo vpliv svojih osebnostnih lastnosti in vsebine teoretičnega okvira, iz katerega izhajajo (Grzesiak in Hicok, 1994). Znotraj procesa z osebo z gibalno oviranostjo je pomembno, da terapevt v povezavi z različnimi vidiki gibalne oviranosti ostane enako nevtralen kot pri proučevanju različnih vidikov duševnosti (Grzesiak in Hicok, 1994). Ravno zato natančnejša navodila glede psihoterapevtskega dela s temi klienti ne obstajajo, saj tako kot drugi v terapijo vnašajo svoje osebnostne lastnosti, mehanizme prilagajanja, obrambne mehanizme in konflikte. Le poudarek pri temah travme in izgube je pri njih lahko pogostejši (Grzesiak in Hicok, 1994).

Terapevtski proces z osebami z oviranostjo na področju sluha

V namen raziskave se bomo znotraj oviranosti na področju sluha v nadaljevanju osredotočili na gluho. Slovenska medicinska definicija, ki smo jo prevzeli po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije, navaja, da je gluho ena izmed najtežjih oblik oviranosti. Za osebe z gluho je značilna izguba sluha na ravni

91 dB in več. Te osebe ne razlikujejo dveh glasov, zaradi česar imajo velike težave s komunikacijo (Zveza GNS, 2018). Terapevti v raziskavi, ki so jo izvedli Hoyt, Siegelman in Schlesinger (1981), poročajo, da v terapiji s tovrstnimi klienti prevzemajo aktivnejšo vlogo. Njihove interpretacije so na manj abstraktni ravni, uporabljajo pa tudi različne tehnike komunikacije (npr. risanje). Omejenost v oralni komunikaciji lahko za terapevte v procesu, kjer gre za zdravljenje z besedami, predstavlja nepremostljivo oviro. Eden izmed terapevtov je v raziskavi, ki so jo izvedli Hoyt, Siegelman in Schlesinger (1981), dejal, da je psihoterapevtska ura s klientom z gluho zelo naporna, saj zahteva stalen očesni stik. V primeru, ko je v prostoru prisoten tudi tolmač, je težava s komunikacijo lahko na videz hitro rešena. S trajanjem procesa pa terapevt lahko ugotovi, da tolmača oba s klientom doživljata kot avtoriteto in tistega, »ki klienta najbolj pozna« (Hoyt, Siegelman in Schlesinger, 1981). Pri komunikaciji prihaja v ospredje tolmačeva interpretacija sporočil. Terapevt klienta npr. lahko vpraša »Kako si?«. S tem vprašanjem želi preveriti, do katere meje bo klient na to odgovoril. A tolmač lahko nehote vprašanje preoblikuje konkretno v: »Kako se danes počutiš?« ali »Si žalosten, vesel?«. S takšnim preoblikovanjem vprašanj klientu pomaga k lažjemu vstopu v komunikacijo in ga obvaruje pred abstraktnjšim odgovorom (Hoyt, Siegelman in Schlesinger, 1981).

Veliko terapevtov dojema svoj čustveni odziv na klienta kot pomemben del procesa. Medtem ko je od terapevtske usmeritve in terapevtovih mej odvisno, ali bo svoje doživljanje s klientom delil, tolmač v procesu nima možnosti izražanja svojega doživljanja (Green, Hawkins, Malcolm in Steward, 2001). Terapevt po terapevtski uri tolmača lahko povpraša po njegovem doživljanju, kar pozitivno učinkuje na njuno sodelovanje v klientovo korist. Pomembno pa je, da terapevt ne prestopi meje in povpraševanja ne spreobrne v terapevtski proces (Green, Hawkins, Malcolm in Steward, 2001).

Terapevtski proces poteka znotraj zaprtih vrat varnega prostora. Občutek varnosti in zaupnost sta za proces zdravljenja bistvena, prisotnost tretje osebe pa te občutke postavlja na preizkušnjo. Terapevti v prisotnosti tolmača lahko doživljajo občutke anksioznosti, strah pred obsojanjem njihovega dela in pomanjkanje možnosti za spontane odzive (Green, Hawkins, Malcolm in Steward, 2001). Zaradi prisotnosti tolmača terapevt morda ne deli svojega doživljanja in izkušenj, kot bi to storil v diadnem odnosu; lahko uporablja le tehnike, ki so zanj varnejše in ne razkrivajo njega kot osebe. Pomembno je, da se terapevt v prisotnosti tolmača počuti varno in udobno, v nasprotnem primeru pa zaprosi za menjavo tolmača (Green, Hawkins, Malcolm in Steward, 2001).

Doživljanje koncepta »normalnosti«, odprtost do lastnih vsebin superega in hkratno vzdrževanje mej za zagotavljanje kakovostnega terapevtskega odnosa

so teme, ki najdejo svoj prostor znotraj izobraževalnega procesa, še bolj pa znotraj procesa supervizije, ki terapevtom ponuja pot k osebni in strokovni rasti. S pregledom teoretičnih vsebin lahko ugotovimo, da sta nenehna samorefleksija in sposobnost samokritičnosti kakovosti, ki (med drugimi) pripomoreta k zagotavljanju strokovnega in etičnega dela. Obravnavane vsebine so nas usmerile v zasnovanje raziskave, temelječe na kvantitativni metodi. Zanj smo se odločili, ker nas je zanimal delež odgovorov na postavke, pri čemer so podatki na nominalni lestvici za namen raziskave dovolj ustrezni. S pridobljenimi rezultati bi radi preverili, kakšna so stališča terapevtov do oseb z oviranostjo, ali je telesni stik med terapevtom in osebo s slepoto vir neprijetnih občutkov terapevta, kakšna so prepričanja o vzrokih za vstop v terapevtski proces oseb z gibalno oviranostjo ter kako se doživlja prisotnost tolmača v terapiji z osebo z gluhosto.

Metoda

Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 78 udeležencev, od tega 15 moških (19,23 %) in 63 žensk (80,77 %). Vzorec je sestavljen iz 45 (57,69 %) edukantov izbranega psihoterapevtskega pristopa in iz 33 (42,31 %) certificiranih psihoterapevtov. Povprečna starost vseh udeležencev znaša 44,91 leta. Najpogostejše zastopana modaliteta v vzorcu je transakcijska analiza (16 udeležencev), sledi ji psihoanalitični pristop (15 udeležencev), najmanj zastopana pristopa pa sta psihodinamski pristop (trije udeleženci) in logoterapija (trije udeleženci). Povprečna doba let izkušenj znaša 10,65 leta.

Pripomočki

Za namen raziskave smo oblikovali anketni vprašalnik. Sestavljen je iz trditev, pri katerih so udeleženci morali označiti, ali se z njimi strinjajo ali ne. Začetni del je namenjen pridobivanju demografskih podatkov, sledijo mu štirje deli, namenjeni posamezni obliki oviranosti. Prvi del je sestavljen iz 11 trditev, ki se nanašajo na stališča terapevtov do oseb z invalidnostjo. Štiri trditve drugega dela se nanašajo na delo s klienti s slepoto. Vsebina petih trditev tretjega dela, ki se nanaša na psihoterapijo z osebami z gibalno oviranostjo, govori predvsem o vzrokih za vstop v psihoterapevtski proces teh klientov, zadnji del, ki obsega osem trditev, pa se nanaša na pogled na prisotnost tolmača v terapiji z osebo

z gluhosto.

Anketni vprašalnik se zaključi z odprtim vprašanjem, ki sprašuje o zaznanih izzivih pri delu z osebami z oviranostjo (zadnje vprašanje v analizo ni bilo vključeno).

Postopek

Anketni vprašalnik je bil oblikovan v spletni aplikaciji 1ka. Ko je bil ta pripravljen za izpolnjevanje, je bila povezava do njega posredovana prek družabnih omrežij in različnih seznamov z e-naslovi. Pridobljeni rezultati so bili obdelani s pomočjo statističnega programa SPSS.

Rezultati

Tabela 1:

Odgovori na trditve, vezane na stališča o oviranosti

	f in % odgovora DA	f in % odgovora NE
1. Za delo z osebami z oviranostjo se počutim dovolj kompetentno.	52 (66,67 %)	26 (33,33 %)
2. V psihoterapevtskem izobraževalnem procesu si želim več teoretičnih vsebin, vezanih na oviranost in njene oblike.	55 (70,51 %)	23 (29,49 %)
3. V psihoterapevtskem izobraževalnem procesu si želim več izkustvenih delavnic, vezanih na oviranost in njene oblike.	51 (65,38 %)	27 (34,62 %)
4. Psihoterapevtskemu procesu z osebo z oviranostjo bi se izognil.	4 (5,13 %)	74 (94,87 %)
5. Menim, da imajo osebe z oviranostjo zaradi diskriminacije težave s sodelovanjem v različnih dejavnostih v okolju.	62 (79,49 %)	16 (20,51 %)
6. Izraz »hendikepiran« se mi za opis oviranosti zdi ustrezen.	21 (26,92 %)	57 (73,08 %)
7. Osebe z oviranostjo doživljam kot žrtve.	6 (7,69 %)	72 (92,31 %)
8. Menim, da ovire, ki jih osebe z oviranostjo zaznavajo na področju izobraževanja, zaposlitve in socialne vključenosti, izhajajo le iz posameznikovih »telesnih pomanjkljivosti« in ne iz okolja.	6 (7,69 %)	72 (92,31 %)
9. Pri osebah z oviranostjo bi uporabljal manj konfrontacije, saj so zaradi svoje oviranosti občutljivejše.	13 (16,67 %)	65 (83,33 %)

	f in % odgovora DA	f in % odgovora NE
10. Oseba svoje oviranosti ne more nikoli sprejeti.	2 (2,56 %)	76 (97,44 %)
11. Oviranost za osebe z oviranostjo v njihovem življenju predstavlja prevladujočo težavo.	20 (25,64 %)	58 (74,36 %)

Iz prve tabele lahko razberemo, da se več kot polovica udeležencev počuti dovolj kompetentne za delo z osebami z oviranostjo, kar kažejo tudi odgovori na 2. in 3. trditve, kjer je več kot polovica udeležencev odgovorila, da v izobraževalnem procesu ne čutijo potrebe po dodatnih teoretičnih ali praktičnih vsebinah, vezanih na temo oviranosti. Skoraj vsi udeleženci bi omenjeno populacijo brez težav sprejeli v terapijski proces. Rezultati tudi kažejo, da 79,49 % terapevtov meni, da imajo osebe z oviranostjo zaradi diskriminacije težave s sodelovanjem v različnih aktivnostih, 92,31 % terapevtov pa meni, da zaznane težave na področju izobraževanja, zaposlovanja in socialnega vključevanja ne izhajajo le iz posameznikove oblike oviranosti, temveč tudi iz okolja. Odgovori na trditvi, ki se nanašata na terminologijo, kako terapevti doživljajo osebe z oviranostjo in kako poteka morebitno prilagajanje intervencij, kažejo, da 73,08 % udeležencev meni, da izraz »hendikepiran« ni ustrezen. Večina terapevtov oseb z oviranostjo ne doživlja kot žrtve, kljub temu pa bi 16,67 % terapevtov uporabilo manj konfrontacije, saj menijo, da so klienti zaradi svoje oviranosti tudi občutljivejši. Kar četrtna vprašanih meni, da oviranost za klienta predstavlja prevladujočo težavo, kljub temu pa 76 udeležencev od skupno 87 trdi, da klient svojo oviranost lahko sprejme.

Tabela 2:

Odgovori na trditve, vezane na delo z osebami s slepoto

	f in % odgovora DA	f in % odgovora NE
1. Osebe s slepoto v novem okolju potrebujejo pomoč v obliki spremstva: oseba s slepoto videčo osebo prime pod roko (pri komolcu), videča oseba pa pri tem hodi približno pol koraka pred osebo s slepoto. Sam bi osebi s slepoto brez zadržka dovolil, da me prime pod roko.	74 (94,87 %)	4 (5,13 %)
2. Način spremstva oseb s slepoto bi v meni vzbudil neprijetne občutke, saj se mi zdi fizična razdalja med mano in klientom/pacientom zelo pomembna.	4 (5,13 %)	74 (94,87 %)

	f in % odgovora DA	f in % odgovora NE
3. V terapiji z osebo s slepoto ne bi bil pozoren na svoje neverbalne odzive, kot so zehanje in pogledovanje na uro, saj me oseba ne vidi.	14 (17,95 %)	64 (82,05 %)
4. V terapevtskem odnosu z osebo s slepoto bi večkrat prekinil tišino.	12 (15,38 %)	66 (84,62 %)

Iz rezultatov je razvidno, da 94,87 % udeležencev ne bi imelo težav z nudenjem pomoči v obliki spremstva, pri enakem deležu udeležencev tudi telesni stik pri spremstvu ne bi vzbudil neprijetnih občutkov. Odgovora na 3. in 4. trditve, ki se nanašata na terapijski odnos in morebitno prilagajanje intervencij, kažeta, da bi bila večina terapevtov pozorna na svoje neverbalne odzive, četudi jih klient vidno ne more zaznati.

Tabela 3:

Odgovori na trditve, vezane na delo z osebami z gibalno oviranostjo

	f in % odgovora DA	f in % odgovora NE
1. Oseba z gibalno oviranostjo se najpogosteje odloči za terapijo zaradi svoje gibalne oviranosti.	11 (14,10 %)	67 (85,90 %)
2. Menim, da je z osebami z gibalno oviranostjo najpomembnejše predelati vsebine, vezane na gibalno oviranost (občutki sramu, jeze, itn.).	21 (26,92 %)	57 (73,08 %)
3. Težave v duševnem zdravju oseb z gibalno oviranostjo najpogosteje izhajajo iz težav s sprejemanjem njihove realnosti.	16 (20,51 %)	62 (79,49 %)
4. Dejstvo, da stanje osebe z gibalno oviranostjo ni spremenljivo, težko sprejemam.	13 (16,67 %)	65 (83,33 %)
5. Če visokim pričakovanjem glede terapevtskega odnosa ali izida osebe z gibalno oviranostjo ne bi zadostil, bi se počutil krivo.	9 (11,54 %)	69 (88,46 %)

Odgovori iz tretje tabele, ki vključuje trditve o vzrokih vstopa oseb z gibalno oviranostjo v terapijski proces, teme, pomembne za predelavo v terapiji in kot možen vzrok za nastanek težav v duševnem zdravju ter soočanje s pričakovanji klienta in sprejemanje nespremenljivosti njegove resničnosti, kažejo, da velika večina terapevtov meni, da gibalna oviranost ne predstavlja poglobitnega vzroka za vstop v terapijo. Kljub temu pa se četrtni terapevtov zdi zelo pomembno naslavljanje vsebin, vezanih na gibalno oviranost.

Tabela 4:

Odgovori na trditve, vezane na delo z osebami z gluhoti

	<i>f</i> in % odgovora DA	<i>f</i> in % odgovora NE
1. Z vključenostjo tolmača v terapevtski proces z osebo z gluhoti ne bi imel težav.	44 (56,41 %)	34 (43,59 %)
2. V primeru prisotnosti tolmača se med mano in osebo z gluhoti ne more vzpostaviti varen in zaupen odnos.	10 (12,82 %)	68 (87,16 %)
3. Če je v terapevtski proces z osebo z gluhoti vključen tolmač, se mi zdi pomembno, da tudi njega povprašam o njegovih občutkih.	40 (51,28 %)	38 (48,42 %)
4. Tolmačeve nezavedne vsebine preveč vplivajo na morebitno poenostavljanje terapevtovih izjav in spreminjanje njihove sporočilne vrednosti, zaradi česar se mi zdi vključevanje tolmača v proces neustrezno.	14 (17,95 %)	64 (82,05 %)
5. Ustreznost prisotnosti tolmača se mi zdi vprašljiva, saj ni nujno, da bi vse izrečeno ostalo v terapevtskem prostoru.	18 (23,08 %)	60 (76,92 %)
6. V primeru prisotnosti tolmača v terapiji z osebo z gluhoti se ne bi toliko samorazkril, kot bi se sicer.	17 (21,79 %)	61 (78,21 %)
7. Prisotnost tolmača v terapiji z osebo z gluhoti bi vplivala na moje spontane odzive.	26 (33,33 %)	52 (66,67 %)

Rezultati, ki se nanašajo na prisotnost tolmača v terapevtskem procesu z osebo z gluhoti, kažejo, da približno polovica terapevtov s prisotnostjo tolmača ne bi imela težav, prav tako pa se po njihovem mnenju med njimi in klientom lahko vzpostavi varen in zaupen odnos. Polovica terapevtov še meni, da bi po občutkih povprašali tudi tolmača, njegova prisotnost pa ne bi imela prevelikega vpliva na spontane odzive in samorazkrivanje udeležencev.

Razprava

Z raziskavo smo želeli preveriti, kakšna so stališča terapevtov o osebah z oviranostjo in ali je telesni stik med terapevtom in osebo s slepoto vir neprijetnih občutkov terapevta. Želeli smo ugotoviti, kakšna so prepričanja o vzrokih za vstop v terapevtski proces oseb z gibalno oviranostjo ter kakšno je doživljanje prisotnosti tolmača v terapiji z osebo z gluhoti.

Inkluzija, ki se odraža v vse večji socialni vključenosti, vključenosti v redne izobraževalne procese ter aktivnem spodbujanju v zaposlovanje, omogoča

neposrednejši stik z osebami z oviranostjo. To pa tudi psihoterapevtom odpira pot do pogostejšega neposrednega stika. V terapevtu se lahko začnejo porajati vprašanja, kot so: ali ima dovolj znanja s tega področja, ali bo klientu lahko nudil dovolj kakovostno obravnavo itn. (Cornish, Erickson, Monson, Olkin, Palombi in Abels, 2008), in navsezadnje, kakšna so njegova prepričanja ter vrednote (Spy in Oyston, 1999, v Corroll in Holloway, 1999). Rezultati so pokazali, da približno 60 % terapevtov meni, da dodatne teoretične in praktične vsebine s področja oviranosti niso potrebne. Odgovori na vprašanje odprtega tipa, ki se je nanašalo na izzive (tako pozitivne kot negativne) pri delu s tovrstnimi klienti kažejo na njihov občutek nepoznavanja področja oviranosti, njen vpliv na proces ter pomanjkanje izkušenj. Za lažje razumevanje področja je koristno poznavanje povezave med telesnimi ovirami, ki izhajajo iz posameznikovih zmožnosti, ter socialnimi ovirami, ki izhajajo iz okolja (Stuntzner in Hartley, 2014). Pomembno je tudi osvetliti lastni odnos do koncepta normalnosti, ki ga je v svojem delu izpostavil Davis (Davis, 2013). Rezultati raziskave kažejo, da večina terapevtov meni, da omenjene težave ne izhajajo le iz posameznika in da se osebe z oviranostjo kljub vsemu soočajo z omejitvami, ki jim jih postavlja okolje. Takšno zavedanje je pomembno zaradi pomoči klientu pri razvoju strategij za reševanje problemov in prepoznavi ovir, ki jih lahko nadzira (Stuntzner in Hartley, 2014). S tem terapevt klientu pomaga pri razvijanju socialnih veščin in samozagovornišva, s čimer se izogne dajanju občutka, da je kakor koli »poškodovan«, »potreben takojšnje pomoči drugih« ali pa razumljen kot žrtev svoje usode oziroma nesrečnih okoliščin (Stuntzner in Hartley, 2014). Za zmanjševanje razlik med osebami z oviranostjo in »drugimi« je znova treba izpostaviti proces supervizije, v katerem terapevt do oviranosti ob izražanju sočutja razvije nevtralen odnos, ki ju na podlagi izvedene raziskave brazilskih kolegov kot pomembna izpostavljajo bolj izkušeni terapevti (Bernik, 2019). Za kakovosten odnos je pomembna komunikacija, ki upošteva jezik, prilagojen klientovemu razumevanju, ki pa hkrati izraža spoštljiv in strokoven odnos, brez prisotnega občutka anksioznosti terapevta (Siller, Chipman, Ferguson in Vann, 1995). Obstajajo izrazi, ki niso več v rabi (kot npr. hendikepirana oseba, telesno prizadeta oseba itn.). Avtorji, kot na primer Siller (Siller, Chipman, Ferguson in Vann, 1995) trdijo, da je pri delu s tradicionalno marginaliziranimi skupinami terminologija še pomembnejša, saj ti izraze še močneje ponotranjijo, kar vpliva na njihovo samozaznavanje. Ne glede na to, kakšno terminologijo terapevti uporabljajo, je pomembna sporočilna vrednost izbora, kar pa se povezuje s terapevtovimi stališči ter kontratransfernimi občutki. Iz rezultatov je razvidno, da večina terapevtov meni, da izraz »hendikepiran« za opis osebe z oviranostjo ni ustrezen, kar lahko povežemo z visokim deležem odgovora

DA pri trditvi, da oviranost za klienta v življenju predstavlja bistveni problem. Omenjeni izraz je skozi zgodovino postal prežet z močno negativno konotacijo, ki izpostavlja le telesno nezmožnost pri izvajanju določenih aktivnosti, ta pa posamezniku onemogoča enakovredno vključevanje zaradi ovir, ki mu jih postavlja okolje (Stuntzner in Hartley, 2014). Iz tega vidimo, da je pri udeležencih prisotno prepričanje, da poleg oviranosti obstajajo tudi druga področja, na katera se je treba osredotočiti (Stuntzner, 2012). Na to kaže tudi pridobljen odgovor na odprto vprašanje o zaznanih izzivih, kjer je udeleženec zapisal, da oviranost predstavlja le eno izmed lastnosti posameznika in ne njegove celote. Omenjeno izjavo lahko povežemo z Adlerjevo tezo, da posamezne vidike ne smemo obravnavati ločeno od posameznika (Adler, 1958). K takšnemu načinu razmišljanja prispeva proces supervizije, ki terapevtom pomaga pri ozaveščanju lastnih kontratransfernih občutkov. Proces supervizije posledično pripomore k večji odprtosti in sprejemljivosti, ki predstavljata pomembni osebni lastnosti za pozitiven terapevtski izid (Finlay, 2018).

Osebe z oviranostjo na področju vida (v našem primeru osebe s slepoto) se vsakodnevno soočajo s težavami z orientacijo v okolju. Za samostojno mobilnost potrebujejo tiflopedagoško obravnavo, ki jim omogoča razvijanje vsakdanjih veščin (ZDSSS, 2018). Zaradi potrebe po pomoči v obliki spremstva prihaja do neposrednega telesnega stika. Telesni stik pomeni vstop v osebni prostor, ki pri klientu in/ali terapevtu lahko vzbudi občutek nelagodja (Adams, 1980). Rezultati anketnega vprašalnika kažejo, da večina terapevtov s telesnim stikom, ki je namenjen pomoči v obliki spremstva, ne bi imela težav. Medtem ko se nekatere psihoterapevtske smeri dotika izogibajo (Phelan, 2009), ga druge uporabljajo kot tehniko poglobljanja odnosa (Wernicke, 2011). Ne glede na pomen, ki ga terapevt pripisuje dotiku, je pomembno zavedanje, da gre v našem primeru za nudenje pomoči, ki predstavlja del terapevtskega odnosa (Adams, 1980). Pri tem terapevt ne sme zanemariti osebnega odnosa do dotika in (morebitnega) seksualnega pomena za klienta (Harrison, Jones in Huws, 2012). V nobenem primeru pa telesni dotik ne sme preseči okvira nudenja pomoči, kar pelje v kršenje etičnih načel.

Vsak, ki se odloči za vstop v terapijo, s seboj prinese svojo zgodbo in razloge, ki so ga pripeljali v proces. Izhajajoč iz pridobljenih rezultatov lahko vidimo, da velika večina terapevtov meni, da gibalna oviranost ni glavni razlog za vstop v proces in da doživljanje svojih telesnih zmožnosti ni prevladujoča tema, ki jo je v procesu treba nasloviti. Četudi vsebine, vezane na gibalno oviranost, morda ne predstavljajo glavne teme, lahko to pomeni, da je treba posvetiti pozornost tudi integraciji posameznikovega občutka njegovega telesa s sebstvom. To je pomembno, ker gre pri gibalni oviranosti oziroma kateri koli obliki ovira-

nosti, ki je pridobljena, za travmatski dogodek (Yorke, 1980). Langer (Langer, 1994) je navedla primer izjave klienta, ki pravi »da bi bilo boljše, če bi bila njegovo telo in glava ločena«. Primer nakazuje na disociacijo, ki je tudi eden izmed pogostejših obrambnih mehanizmov oseb s pozneje pridobljeno gibalno oviranostjo (Langer, 1994). Prav tako navaja, da je treba pozornost posvetiti tudi depresivnim stanjem, do katerih lahko pride zaradi spremembe načina spoprijemanja s stresnimi situacijami (Langer, 1994). V primeru gibalne oviranosti, ki je pridobljena, se te osebe oziroma njihove družine obrnejo po pomoč z včasih magičnim prepričanjem, da imajo terapevti moč, s katero bodo spremenili njihovo resničnost in iz njih naredili idealno celoto brez napak (Oliveira, Milliner in Page, 2004). Ravno zaradi takšnih prepričanj je pomembno zavedanje o procesu prilagajanja na oviranost, izboru ustrezne terminologije in da si terapevt poišče pomoč supervizorja, kar mu omogoča, da lahko odloži občutek krivde v primeru, ko takšnim pričakovanjem o terapevtskem izidu realno ne more zadostiti (Oliveira, Milliner in Page, 2004).

Ko govorimo o terapiji z osebami z oviranostjo na področju sluha (v našem primeru z osebami z gluhotjo), se porodijo vprašanja o načinu komunikacije s temi klienti. Rezultati anketnega vprašalnika kažejo, da so najmanjše razlike med odgovoroma DA in NE ravno ob misli na prisotnost tolmača, torej tretje osebe v navadno znanem, diadnem odnosu. Razlogi za pomisleke so različni. Lahko gre za nezavedni občutek, da je v resnici tolmač tisti, ki »klienta najboljše pozna« (Hoyt, Siegelman in Schlesinger, 1981), saj s klientom preživi veliko časa tudi v drugih socialnih okoljih. Terapevt ga lahko doživlja kot nekoga, ki ga bo, pogosto zaradi nepoznavanja procesa, kritiziral. Prisotnost tolmača vpliva na odnos, vprašanje je le, kakšen je terapevtov odnos do tega in kakšna je raven sodelovanja med terapevtom in tolmačem (Hoyt, Siegelman in Schlesinger, 1981). Pri delu s temi klienti je pomembno zavedanje terapevta, da zna biti tak proces napornejši, saj od njega zahteva več pojasnjevanja in razlage (predvsem tolmaču) in več izrazitejšega neverbalnega odzivanja, ki lahko vsaj delno nadomesti verbalnega. Komunikacija pa mora včasih potekati tudi na manj abstraktni ravni (Hoyt, Siegelman in Schlesinger, 1981). Udeleženec intervjuja raziskave, ki so jo izvedli Hoyt, Siegelman in Schlesinger (1981), pravi, da je terapija s tovrstnimi klienti zelo naporna, saj od terapevta zahteva nenehen očesni stik. Izpostavlja, da bi bilo tako za terapevta kot tudi klienta lažje, da bi slednji lahko obiskoval terapevta, ki obvlada znakovni jezik, vendar teh terapevtov primanjkuje (tudi v Sloveniji). Prisotnost tolmača torej le na videz izniči težave s komunikacijo, kar kažejo tudi rezultati anketnega vprašalnika, saj so udeleženci kot možen izziv navedli komunikacijo ter dileme glede prisotnosti tolmača. Večina udeležencev o pomislekih v primeru prisotnosti tolmača glede

svojih spontanih odzivov in samorazkrivanja ne poroča. Kljub temu pa sta redna samorefleksija in samoizpraševanje glede lastnih mej nujno potrebna, saj se mora tudi terapevt v prisotnosti tolmača počutiti udobno in sproščeno. V nasprotnem primeru mora terapevt imeti možnost prošnje za zamenjavo tolmača ali pa poiskati drugo rešitev, ki je sprejemljiva tako zanj kot tudi klienta (Green, Hawkins, Malcolm in Steward, 2001).

Sklep

Prek teoretičnega uvoda, postavljenih raziskovalnih vprašanj in razprave smo bralca želeli vključiti v razmislek o lastnih stališčih, vprašanjih ter dilemah, o katerih se v strokovnih krogih redko govori. Iz odgovorov na anketni vprašalnik je razvidno, da terapevti z nudenjem pomoči v obliki spremstva klientom z oviranostjo na področju vida (s slepoto) ne bi imeli težav. Prav tako oseb z oviranostjo večinoma ne doživljajo kot žrtve, oviranost sama po sebi pa po njihovem mnenju v življenju klientov ne predstavlja prevladujoče težave. Odgovori kažejo na odprtost terapevtov do raznovrstnosti izkušenj posameznika. Rezultati nakazujejo, da je specifična oblika oviranosti lahko le dejstvo, ki ga je klient sprejel kot eno izmed svojih lastnosti, lahko pa je izvor močne stiske in eden izmed razlogov za vstop v terapevtski proces. Največ vprašanj in dilem se pojavlja pri delu s klienti z oviranostjo na področju sluha (v našem primeru z gluhoti), saj se zastavljajo vprašanja, povezana s komunikacijo, ki je bistvena sestavina terapevtskega procesa. Na tem mestu želimo opozoriti, da na podlagi dobljenih rezultatov takojšnje zaključevanje ne bi bilo ustrezno. Anketni vprašalnik je bil oblikovan na podlagi izsledkov raziskav in ni bil validiran. Vprašati se je treba, kakšne rezultate bi dobili, če bi raziskavo z istim vprašalnikom ponovili. Prav tako so udeleženci odgovarjali dihotomno (DA-NE), kar je v njih morda vzbudilo frustracijo, saj odgovori niso enoznačni.

Terapevtski proces z enim klientom ni enak procesu z drugim, zaradi česar ne obstajajo enotna navodila, ampak zgolj različni pogledi, kjer vsak izbere to, kar mu je blizu. Obravnavano področje bi bilo treba raziskati s kvalitativno metodo na večjem vzorcu, saj je terapevtom treba dati možnost, da lahko izrazijo svoja vprašanja, pomisleke in dileme, ki so pomembni in morajo najti svoje mesto. Upoštevati je treba, da so v raziskavi izpostavljene le tri oblike oviranosti, za katere smo se odločili na podlagi literature, ki je kazala na največ vprašanj in dilem.

Odprtost in sprejemljivost sta na podlagi raziskav osebnostni lastnosti, ki najbolj vplivata na potek terapije (Finlay, 2018). Hkratna sočutje in nevtralnost pa sta kvaliteti, ki ju kot pomembni izpostavljajo bolj izkušeni terapevti brazilске raziskave (Bernik, 2019). K izkušnosti pripelje praksa, ki je v terapevtskem

poklicu polna samorefleksije in preverjanja lastnih vrednot ter prepričanj. Za omenjeno je potrebna supervizija, ta pa predstavlja prostor, ki ponuja odprtost za čustveno kreativnost (Rožič, 2015). S pomočjo supervizorja terapevt odloži svoje morebitne občutke krivde (Oliveira, Milliner in Page, 2004) v primeru negativnega odnosa do klienta, pri čemer je negativni opis povezan z oviranostjo, spodbuja k raziskovanju lastnih sabotiranj terapevta (Spy in Oyston, 1999, v Corroll in Holloway, 1999) in vzdrževanju mej, ko je to potrebno.

Ne glede na razloge vstopa v terapijo, pri čemer se razlogi lahko dotikajo vsebin, vezanih na zastoj v eni izmed faz soočanja s slepoto (Fitzgerald, 1970), posledic stanja depresije, ki se sodeč po raziskavah ne navezuje toliko na oviranost kot pa na funkcionalnost v vsakdanjem življenju (Langer, 1994; O'Donnell, 2005), je pomembno, da terapevt klientu nudi sočutno oporo, pri čemer v odnosu do oviranosti ostane nevtralen. Kot pravita Grzesiak in Hicok (1994), za psihoterapevtski proces z osebami z oviranostjo ne obstajajo nobena dodatna navodila, saj kot vsi drugi klienti tudi oni v terapijo vnašajo svoje notranje konflikte, obrambne mehanizme ter načine spoprijemanja. Le poudarek na temah izgub in travme je pri njih večji (Grzesiak in Hicok, 1994).

Bistveni namen raziskave je bil osvetliti področje psihoterapije z osebami z oviranostjo ter ponuditi možnost za razmislek, ne pa nesmotrno zaključevanje. Terapevtski proces ima svoje zakonitosti, ki jih je treba upoštevati.

Vključevanje osebe z oviranostjo v proces ne pomeni, da je treba vsak terapevtski proces prilagoditi zgolj zaradi oviranosti kot take. Občutljivost na specifične, kot sta npr. prisotnost tolmača, prilagoditev prostora zaradi gibalne oviranosti itn., je vsekakor pomembna, a je treba biti pozoren na to, kdaj se proces prilagodi zaradi klientovih osebnostnih lastnosti oz. osebnostne strukture in kdaj zaradi oviranosti ali terapevtovih prepričanj.

Odnos je tisti, ki v terapiji ponudi novo izkušnjo. Udeleženci so kot najpogostejši izziv navedli vzpostavitev dobrega terapevtskega odnosa, kar je pomembno za delo s celotno populacijo klientov. Klientu ponuja možnost samorazkrivanja in samoraziskovanja v varnem okolju, terapevt pa se ob tem lahko uči še večje odprtosti do različnosti. Ne glede na vse je včasih težko sprejeti resničnost razlik, ki so značilne za osebe z oviranostjo, saj nam odsevajo absolutno nepopolnost človeškega obstoja in nas popeljejo do občutkov lastne telesne, duševne in intelektualne ranljivosti, ki pa je najbolj človeška in v izkušnji skupna vsem.

Viri

- Adams, E. C. (1980). Psychotherapy with a blind patient. *The American Journal of Psychotherapy*, 34(3), 426–433.
- Adler, A. (1958). *Poznavanje človeka: osnove individualne psihologije*. Beograd: Kosmos.
- Beach, J. D., Robinet, J. M., in Hakim-Larson, J. (1995). Self-esteem and independent living skills of adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89, 531–540.
- Bernik, L. (2019). Raziskave psihoterapije v razcvetu: Poročilo o 49. mednarodni konferenci Združenja za psihoterapevtsko raziskovanje od 27. do 30. junija 2018 v Amsterdamu. *Kairos* 3(4), 235–245.
- Cirius Kamnik. (2018). Gibalna oviranost. Sneto z naslova (13. 5. 2019): http://www.cirius-kamnik.si/gibalna_oviranost
- Cornish, J. A., Erickson G. K. A., Monson, S. P., Olkin, R., Palombi, B. J. in Abels, A. V. (2008). Perspectives on Ethical Practice With People Who Have Disabilities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(5), 488–497.
- Davis, L. J. (2013). Introduction: Disability, Normality, and Power. V: Davis, L. J. (ur.). *The Disability Studies Reader* (4. izdaja), str. 1–17. New York : Routledge.
- Finlay, M. (2018). *The Relationship between Psychotherapist Personality and Therapeutic Alliance* (doktorska disertacija). Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations & Projects.
- Fitzgerald, R. (1970). Reactions to Blindness. *Arch. Gen Psychiatry*, 22(4), 370–379.
- Fowers, B. J., in Davidov, B. J. (2006). The Virtue of Multiculturalism Personal Transformation, Character And Openness to the Other. *American Psychologist*, 61(6), 581–594.
- Green, L., Hawkins, A., Malcolm, K., in Stewart, L. (2001). Psychotherapy with Deaf Clients: The Evolving Process of a Therapist/Interpreter Team. Vancouver Community Mental Health Services. Sneto z naslova (1. 5. 2019): <http://deafwellbeing.vch.ca/wp-content/uploads/2016/01/Psychotherapy-with-Deaf-Clients-2001.pdf>
- GNS (2018). Gluhota. Sneto z naslova (21. 4. 2019): <http://www.zveza-gns.si/o-zvezi/o-gluhoti/>
- Grzesiak, R. C., in Hicok, D. A. (1994). A brief history of psychotherapy and physical disability. *American Journal of Psychotherapy*, 48(2), 240–250.
- Harsh, M. (1994). Women Who Are Visually Impaired or Blind as Psychotherapy Clients. *Women & Therapy*, 14(3–4), 55–64.
- Hayman, K. J., Kerse, N. M., La Grow, S. J., Wouldes, T., Robertson, C. M., in Campbell, J. (2007). Depression in older people: Visual impairment and subjective ratings of health. *Optometry and Vision Science*, 84, 1024–1030.
- Harrison, C., Jones, R. S., in Huws, J. C. (2012). »We're people who don't touch«: Exploring clinical psychologists' perspectives on their use of touch in therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 277–287. doi:10.1080/09515070.2012.671595.
- Hoyt, M. F., Siegelman, E. Y., in Schlesinger, H. S. (1981). Special issues regarding Psychotherapy with the deaf. *The American Journal of Psychiatry*, 138(6), 807–811.
- Hubbard, R. (2013). Abortion and Disability: Who Should and Should Not Inhabit the World? V: Davis, L. J. (ur.). *The Disability Studies Reader* (4. izdaja), str. 74–87. New York: Routledge.
- Keirse, D. (1998). *Please Understand Me II: Temperament, Character, Intelligence*. Del Mar, CA: Prometheus Nemesis Book Company.
- Langer, K. G. (1994). Depression and denial in psychotherapy of persons with disabilities. *American Journal of Psychotherapy*, 48(2), 181–194.
- O'Donnell, C. (2005). The greatest generation meets its greatest challenge: Vision loss and depression in older adults. *Journal of Visual Impairment in Blindness*, 99, 197–208.
- Oliveira, R. A., Milliner, E. K., in Page, R. (2004). Psychotherapy with Physically Disabled Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 58(4), 430–441.
- Phelan, J. E. (2009). Exploring the use of touch in the psychotherapeutic setting: A phenomenological review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 97–111. doi: 10.1037/a0014751.
- Popović, D. (1979). *Psihologija slepih i slabovidnih*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Defektološki fakultet.
- Rožič, T. (2015). *Supervizija v psihoterapiji – regulacija afekta v relacijski superviziji in terapiji*. Sigmund Freud University Press.
- Siller, J., Chipman, A., Ferguson, L. T., in Vann, D. (1967). Attitudes of the nondisabled toward the physically disabled. V: Siller J., in Thomas, K. R. (ur.) (1995), *Essays and Research on disability* (21–30). Athens, GA: Elliott & Fitzpatrick.
- Spy, T., in Oyston, C. (1999). Supervision and Working with Disability. V: Carroll, M., in Holloway, E. (ur.). *Counselling Supervision in Context*. London: Thousand Oaks (str. 36–54).
- Stuntzner, S. (2012). *Living with a disability. Finding peace amidst the storm*. Ahmedabad, Gujrat, India: Counseling Association of India.
- Stuntzner, S., in Hartley, T. M. (2014). Disability and the Counseling Relationship: What Counselors Need to Know. *VISTAS Online*.
- Thurston, M., McLeod, J., in Thurston, A. (2013). Counselling for sight loss: Using systematic case study research to build a client informed practice model. *British Journal of Visual Impairment*, 31(2), 102–122.
- Titchkosky, T. (2001). Disability: A rose by any other name? »People-first« language in Canadian society. *CRSA/RCSA*, 38, 125–140.
- Toronto, E. K. (2001). The Human Touch: An Exploration of the Role and Meaning of Physical Touch in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18(1), 37–54.
- WHO (2011). *Understanding disability*. World report on disability.
- WHO (2019). *Blindness and visual impairment*. Sneto z naslova (20. 4. 2019): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Warnecke, T. (2011). Stirring the depths: Transference, countertransference and touch. *Body, Movement And Dance In Psychotherapy*, 6(3), 233–243.
- Yorke, C. (1980). Some comments on the psychoanalytic treatment of patients with physical disabilities. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 187–193.
- ZDSSS. (2018). *Okvare vida*. Sneto z naslova (20. 4. 2019): <http://www.zveza-slepih.si/okvare-vida/>