

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

¹ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

²KézenFogva Alapítvány

³Magánpraxis

Új irány a felnőtt fogyatékos emberek támogatásában: a KézenFogva Alapítvány egyéni életvezetési konzultációs szolgáltatásának bemutatása

HORVÁTH SÁRA^{1,2} – PRINCZ ANDREA² – KÉRI BIANKA² – CSÁKVÁRI JUDIT³

horvath.sara@barczy.elte.hu

princz.andrea@steigen.hu

Keri.Bianka@kezenfogva.hu

pszichologus.csakvari@gmail.com

ABSZTRAKT

Tanulmányunk bemutatja a KézenFogva Alapítvány egyéni életvezetési és konzultációs szolgáltatását, a tervezéstől az első eredményekig.

Jelenleg a fogyatékos emberek számára nehezen – vagy egyáltalán nem – hozzáférhetőek a mentálhigiénés szolgáltatások, így pszichés problémáik kezelése, ha egyáltalán megtörténik, akkor általában farmakoterápiát (gyógyszeres kezelést) jelent. Szolgáltatásunk célja, az ellátórendszer hiányosságaira reagálva, a fogyatékos felnőttek pszichológiai, pszichoeducációs támogatása konzultációs és készségfejlesztő technikákkal.

A tanulmányban összefoglaljuk a szolgáltatásfejlesztéshez kapcsolódó elméleti alapvetéseket: a fogyatékos emberek speciális szocializációs útját és az ebből eredő speciális konzultációs szempontokat, az erőforrás alapú szemléletet, traumatudatos támogatást. Ismertetjük a munkamódszerünket: az interdiszciplináris teamből érkező inputokat, tapasztalatokat, a fogyatékos emberekkel való munka során felmerülő etikai kérdéseket és ezek feloldására tett kísérleteket. Továbbá bemutatjuk a szolgáltatás jelenlegi felépítését, a munkacsoport működését, kitérünk a jövőbeli tervekre a szolgáltatás bővítésével, tudásmegosztással kapcsolatban.

Kulcsszavak: fogyatékos felnőttek, mentálhigiéné, egyéni konzultáció, pszichoeducáció, életvezetés

DOI: [10.52092/gyosze.2023.3.2](https://doi.org/10.52092/gyosze.2023.3.2)

BEVEZETÉS

Az elmúlt évtizedekben Magyarországon megfigyelhető a pszichológiai ellátás privatizálódása, a mentális egészségmegőrzés lehetősége egyre kevésbé hozzáférhető azok számára, akiknek a magánellátás nem megfizethető, és még a magánellátók sem tudják a tényleges keresletet kielégíteni (Kovai, 2022). Kutatások szerint a depressziós és szorongásos tünetekkel jelentkezők töredéke jut

el pszichológushoz (Perczel-Forintos, 2011; Polyák & Vizin, 2021). A mennyiségi hiányokon túl Perczel-Forintos (2011) felhívja a figyelmet a pszichológiai ellátás minőségi hiányosságaira is: az evidencialalapú beavatkozási módszerek nem, vagy csak korlátozottan elérhetőek. Fokozottan érintik ezek a hiányosságok a fogyatékos személyeket, akik számára az anyagi lehetőségek korlátozottságán túl, a pszichológiai ellátók attitűdje, kompetenciahiánya és a fogyatékoságról alkotott elképzelései szintén nehezítik a minőségi pszichés támogatáshoz való hozzáférést (Whittle, Fisher, Reppermund, Lenroot & Trollor, 2018). Az ellátórendszer hiányosságait a Covid-19 járvány és az ehhez kapcsolódó fokozott mentális megterhelés csak még nyilvánvalóbbá tette.

A KézenFogva Alapítvány már 30 éve dolgozik a fogyatékos emberek társadalmi részvételéért. Az Alapítvány igyekszik komplex támogatást nyújtani az érintett személyeknek, családjaiknak és a velük dolgozó szakembereknek. Ugyanakkor ez nem egyszerű feladat, hiszen összetett állapotú, változatos támogatási szükségletű ügyfelei számára komoly kihívást jelent megtalálni a hozzáférhető ellátásokat, azokat a helyeket és szolgáltatókat, akik valóban személyre szabottan, jó színvonalú ellátást tudnak nyújtani. Ezzel a problémával szembesültek a kliensek mentálhigiénés támogatása kapcsán is. Bár az Alapítvány családterápiás szolgáltatása már hosszú évek óta nyújt ellátást a valamilyen fogyatékoságban érintett családtaggal élő családoknak, a fogyatékos felnőtt kliensek egyéni támogatására nem volt eddig kidolgozott protokoll és szakmai team.

A felmerülő – és a világiárvány által felfokozott (Okoro, Strine, McKnight-Eily, Verlenden & Hollis, 2021; Lunsky, Jahoda, Navas, Campanella & Haverkamp, 2022) – mentálhigiénés támogatási igényekre az egészségügyi ellátórendszer nem tudott érdemben reagálni, továbbá a civil szférában sem ismertünk olyan ellátást, mely komplex szemléletben az életvezetés támogatását tűzte volna ki célul kifejezetten a fogyatékosággal élő populáció igényeire szabva. Erre reagálva kezdődött meg az Egyéni Életvezetési Konzultációs Szolgáltatás kidolgozása, melynek célja a fogyatékos felnőttek pszichológiai, pszichoeducációs támogatása konzultációs és készségfejlesztő technikákkal, a minél sikeresebb, kiegyensúlyozottabb életvezetés érdekében.

A továbbiakban (1) röviden összefoglaljuk azokat az elméleti alapvetéseket, melyek a szolgáltatás kidolgozása során sorvezetőként szolgáltak számunkra; (2) ismertetjük a munkamódszereket (a különböző szakterületekről érkező inputokat, tapasztalatokat, a felmerülő etikai kérdéseket és ezek feloldására tett kísérleteket), a szolgáltatás jelenlegi felépítését, a munkacsoport működését, végül (3) összegezzük az eddigi tapasztalatokat és az ezekből levont következtetéseket, valamint kitérünk a jövőbeli tervekre a szolgáltatás bővítésével, a tudásmegosztással kapcsolatban.

ELMÉLETI ALAPVETÉSEK

A fogyatékos felnőtteknek nyújtott szolgáltatás tervezésekor fontos szempont volt, hogy figyelembe vegyük azt a társadalmi kontextust, intézményrendszert és jogszabályi környezetet, melyben a kliensek szocializálódnak, és amely gyakran jelentősen akadályozza őket a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben, a társadalmi részvételben.

Bár szolgáltatásunk felnőtt klienseket fogad, fontos látni azt a szocializációs folyamatot, amiben a legtöbb fogyatékos ember felnő. A rendelkezésre álló szolgáltatások szűkössége, a gyakran

születéskor megkezdődő szegregáció, illetve a családsegítés szinte teljes hiánya a korai intervenciót követően mind hozzájárulnak ahhoz a nehezített élethelyzethez, amibe a fogyatékos felnőttek (és családjaik) kerülnek.

A köznevelésből való kilépéssel és a – jogi értelemben – felnőtté válással csak tovább szűkülnek a lehetőségek. A piacépes szakma hiánya, a (szak)iskolai felkészítés, valamint az iskola és munkahely közötti átmenet tervezésének elégtelensége, a megfelelő színvonalú praktikus készségek hiánya és a többségi társadalom negatív attitűdjei (Bánfalvy, 2020; Dunás-Varga, 2020) erősen korlátozzák a klienseink számára elérhető munkaerőpiaci pozíciókat, aminek következtében a fogyatékos emberek foglalkoztatása jelentősen alulmarad a tipikusan fejlődő populációhoz képest (Központi Statisztikai Hivatal, 2018). A munkaerőpiaci inaktivitás pedig negatív kapcsolatban van az életminőséggel (Kopasz, Bernát, Kozma & Simonovits, 2016).

Azt látjuk továbbá, hogy bár Magyarország is vállalta a nagylétszámú bentlakásos intézmények kiváltását és támogatott lakhatási férőhelyek növelését, ennek széleskörű és valóban a társadalmi befogadást szolgáló megvalósítása még mindig várat magára (Központi Statisztikai Hivatal (é.n.), Társaság a Szabadságjogokért, 2022). Ennek következtében a fogyatékos emberek jelentős része kedvezőtlen lakhatási körülmények közé kényszerül, nagylétszámú intézményekben él, vagy nem tud (vagy csak jóval a felnőtté válás után) önálló életet kezdeni és elköltözni otthonról, ami komoly pszichés teher a családnak és az érintett személynek is. Ezt példázza Kopasz és munkatársainak (2016) kutatása, melyben a magánháztartásban élő, IKZ-ban érintett személyeknél találták a legrosszabb életminőséget – ami összefüggést mutatott az önrendelkezés szintjével –, összehasonlítva az intézetben vagy lakóotthonban élő személyekkel.

A kedvezőtlen lakhatási körülmények negatív hatásai a konzultációs folyamatokban is erőteljesen megjelennek. A diszfunkcionális családdal való együttélés, a család erőforrásainak kimerülése következtében jelen lévő folyamatos konfliktusok, a nagylétszámú intézményben tapasztalt nem megfelelő, sokszor bántalmazó körülmények hatásaival egyaránt találkozunk.

Az életminőséget tovább rontja a megfelelő szabadidős és közösségi tevékenységek hozzáférhetőségének korlátozottsága és az ezzel kapcsolatos választási lehetőségek hiánya (Badia, Orgaz, Verdugo, Ullán & Martínez, 2013; KézenFogva Alapítvány, 2022).

Továbbá fontos látnunk, hogy a fogyatékos emberek egy kirekesztő, őket alacsonyabb rendű státuszba soroló társadalmi közegben szocializálódnak, és különösen intellektuális képességzavar/értelmi fogyatékoság (továbbiakban IKZ) esetén (Scior, 2011; Bernát, Petri, Vajda & Kozma, 2022) életútjuk során felülreprezentáltak azok a tapasztalatok, melyekben alárendelt szerepbe kerülnek és az autoritás által előírtakat kell követniük. IKZ esetén a többségi társadalom számára az intelligenciadeficitnél „szembetűnőbb” – bár azzal szorosan összefügg (Csákvári, 2013) – az adaptív magatartás gyengesége, ami megnyilvánul a „személyes függetlenség, az autonómia kialakulásának nehezítettségében, az életvezetés akadályozottságában” (Lányiné Engelmayer, 2017, p. 86). Ezek a jellemzők kölcsönhatásban a paternalista attitűdök és a sajnálat érzése által táplált túlféltő, jóindulatú korlátozásában és a szegregációban megmutatkozó viselkedésekkel (Fiske, 2015), illetve a szintén hasonló motivációk által vezérelt gondnokság alá helyezéssel hozzájárulnak az alárendelt társadalmi pozíció konzerválásához, annak ellenére, hogy sokszor segítő szándékúak.

A fogyatékosághoz kötődő stigma belsővé tétele, a másság, kirekesztettség élménye – és az ennek mentén történő énmeghatározás – jelentősen megnehezíti a pozitív identitás kialakítását (Harvey, 2009).

A környezet és a szocializáció ezen jellemzői jelentősen beszűkítik a személyek önrendelkezési lehetőségeit, mely sokszor tévesen összemósásra kerül az önállósággal, vagy az önállóság az önrendelkezés feltételeként értelmeződik (Sándor, 2018). Számos kutatás hangsúlyozza az önrendelkezés megélésének életminőségben játszott szerepét (Wehmeyer, 2020), így azt gondoljuk, hogy ennek támogatása a folyamatok során elengedhetetlen.

Az ebből a szocializációból fakadó etikai kérdésekről a *Munkamódszerek és a szolgáltatás* fejezetben írunk részletesebben.

A felsorolt társadalmi és ellátási környezetből eredő pozíciók következtében a klienseink az egyes életszakaszokra jellemző normatív krízisekkel (összegezve lásd: Hajduska, 2015) később találkozhatnak. Például sok esetben 30-40 éves korukban jutnak el a fiatal felnőttkor kríziseihez, mivel ekkor kapnak lehetőséget a családról való leválásra, nagyobb önállóság megélésére, munkavállalásra, párkapcsolat kialakítására támogatott lakhatás során. Az látható tehát, hogy a normatív krízisek megjelennek a klienseink életében is, viszont az ezekkel való megküzdést tovább nehezítik a fogyatékoságból eredő hátrányok.

A mentálhigiénés támogatásban a gyógypedagógiai és pszichológiai munka egyaránt jelen van. Klienseink összetett állapotának, a viselkedéses kép mögötti kognitív folyamatok értelemzéséhez elengedhetetlen mindkét területről érkező tudás, továbbá IKZ esetén fontos annak ismerete, hogy az intelligenciadeficit milyen módon hat a személyiség alakulására, a szociális magatartásformákra (lásd Csákvári, 2013) és ezeken keresztül az életvezetésre.

Ugyanakkor a szerzők tapasztalatai és a pszichológus mesterképzési szak képzési és kimeneti követelményei (Kulturális és Innovációs Minisztérium, 2023) alapján a képzés alig nyújt információt a fogyatékoság témakörében (vagy ha nyújt is, nem feltétlenül összhangban a modern fogyatékoságtudomány elképzeléseivel), ami a szakemberek bizonytalanságát eredményezheti (Rose, O'Brian & Rose, 2007).

Továbbá mind a hazai, mind a külföldi gyakorlat azt mutatja, hogy az ellátórendszerbeli hiányosságokon túl azzal is számolnunk kell, hogy kevés a területen jól képzett szakember, aki nyitott is a fogyatékos emberekkel való munkára (McGilvery & Sweetland, 2011). A hazai irodalomban még kutatási szinten is korlátozottan jelenik meg a felnőtt IKZ-ban érintett emberek viselkedés- és pszichés problémáinak témája (lásd pl. Csorba, Radványi, Regényi & Dinya, 2011; Dinya, Csorba, Suli & Grosz, 2012), és itt is inkább a kihívást jelentő viselkedések vannak fókuszban.

További nehézséget okoz az a bár meghaladott, de sok esetben a gyakorlatban még jelen lévő szemlélet, amely a kliensek hangulati problémáit fogyatékosággal (leginkább IKZ és/vagy autizmus spektrumzavar (ASD) esetén) magyarázza (McGilvery & Sweetland, 2011; Siddell, 2022). A pszichés zavarok aluldiagnosztizálásának hátterében megtaláljuk továbbá a kommunikációs nehézségeket, a pszichés problémák atipikus megnyilvánulásait, a kliensek nagyfokú befolyásolhatóságát, limitált élettapasztalatok és kihívások következtében háttérben maradó letargiát, visszahúzódást és csökkent funkcionálást, illetve a populációra jellemző többféle gyógyszer mellékhatás összeadódását (összefoglalva lásd McGilvery & Sweetland, 2011). Ezek a tényezők hozzájárulnak ahhoz, hogy a kettős diagnózis adása még mindig nem elterjedt, az érintett kliensek számával kapcsolatban csak becslések állnak rendelkezésre, ami nehezíti a megfelelő szolgáltatások megtervezését (Dinya és mtsai, 2012).

A jelenlegi hazai ellátórendszer nem képes ellátni a pszichés problémákkal küzdő fogyatékos kliensek nagy részét, így többnyire csak a súlyos állapotú, pszichiátriai beteg kliensek gyógyszeres kezelése jellemző. Leginkább farmakoterápiát alkalmaznak az ellátók – gyakran még a tipikus intellektusú populációban is –, „amit nem az állapot súlyossága, hanem a gyógyszerek elérhetősége indokol” (Polyák & Vizin, 2021, p. 105). Ezt a gyakorlati tapasztalataink is megerősítik: egyetlen kliensünk sem kapott eddig pszichológiai/mentálhigiénés ellátást felnőttként, harmaduk állt már pszichiátriai ellátás alatt, ami beszámolóik szerint egy rövid állapotfelmérést és gyógyszerfelírást jelentett. A pszichés problémák kezelésén túl a pszichiátriai gyógyszerek alkalmazása mint korlátozó intézkedés is megjelenik a kihívást jelentő viselkedéseket mutató, elsősorban intézetben és lakóotthonban élő IKZ-ban érintett kliensek körében (Bernát, Simonovits, Kozma & Kopasz, 2017).

A nemzetközi szakirodalomban azonban számos ígéretes terápiás, tanácsadási és konzultációs technikát találunk az IKZ személyekkel való munkához: például kognitív viselkedésterápiás elemek alkalmazása, megfelelő előzetes felkészítés mellett (Joyce, Globe & Moody, 2006), pozitív identitás kialakításának támogatása (Harvey, 2009), traumatudatos ellátás (Rich, DiGregorio & Strassle, 2020), EMDR terápia (Porter, 2022).

A konzultációs folyamat során erőforrásalapú, készségépítő szemléletben dolgozunk, az empátia, elfogadás és kongruencia hatótényezőivel (Tringer, 2022).

A szolgáltatás tervezésekor és a kliensmunkában is fontosnak tartjuk a deficitorientált megközelítésetől történő elmozdulást, így működésünket alapvetően meghatározza, hogy klienseink élethelyzetét rizikó- és védőfaktorok kölcsönhatásaként értelmezzük (Szokolszky & V. Komlósi, 2015).

Tapasztalataink azt mutatják, hogy klienseink nagyrészt nem sajátos, „kizárólag fogyatékos emberek életében jellemző” problémákkal érkeznek hozzánk, hanem tipikus, normatív krízisekkel, melyek mindannyiunk életében előfordulhatnak (leggyakrabban felmerülő problémák összegzését lásd: *Munkamódszerek és a szolgáltatás* fejezet), a fogyatékoság pedig mint rizikófaktor jelenik meg az életutakban, ami nehezítheti a krízisekkel való megküzdést. Tehát maga a fogyatékoság nem determinál negatív kimenetre, védőfaktorok jelenlétében hatása ellensúlyozható és biztosítható az optimális funkcionálás.

A konzultációs folyamatok fontos célja a kliens életében jelen lévő külső és belső védőfaktorok – családi és baráti kapcsolatok, szociális kompetenciák, tehetség és erősségek, pozitív értékek, oktatás és információszerzés lehetősége – feltárása, mozgósítása, valamint növelése, a sérülékenység és a stresszorok számának csökkentése és a felhalmozódás megelőzése (Csákvári & Cs. Ferenczi, 2018; Daniel & Wassell 2002).

A rizikófaktorok halmozott jelenléte kiszolgáltatottabbá teszi az IKZ-val élő embereket az abúzus különböző formáival (szexuális, fizikai, érzelmi, intézményi, elhanyagolás) szemben gyermekkorban (Fang, Cerna-Turoff, Zhang, Lu, Lachman & Barlow, 2022) és felnőttként (Hughes és mtsai, 2012) egyaránt. A kutatási eredmények és a saját tapasztalataink fényében is fontosnak tartjuk a traumainformált támogatást, vagyis annak szem előtt tartását, hogy a klienseink viselkedéseinek hátterében jó eséllyel traumatikus életesemény(ek) is áll(nak) (McNally, Taggart & Shevlin, 2021), és a jelen helyzetben problémásnak tűnő viselkedések a traumára adott természetes, vagy korábban hatékonyan bizonyult megküzdések, nem pedig pusztán viselkedéses problémák (Harvey, 2012). Bár a konzultációs folyamatnak nem tud célja lenni a traumafeldolgozás, mégis fontosnak tartjuk a Herman (2019) által meghatározott, traumafeldolgozáshoz szükséges feltételek

megteremtését, úgy mint: biztonságos közeg, élet feletti kontrollérzet visszaállításának támogatása, illetve a másokkal való kapcsolódás segítése. Ezekhez a feltételekhez kapcsolódó speciális szempontként kiemelnénk, hogy a fogyatékos – és különösen az IKZ-ban érintett – személyeket pont tehetetlenségük mentén definiálja a többségi társadalom, így számukra általános tapasztalat, hogy nincsen hatalmuk saját életük alakításában (Harvey, 2012), szintén mindennapos élmény a tipikus populációtól való izoláció és a jelentésteleli kapcsolatok hiánya, így kiemelten fontos a segítő kapcsolatban ezeknek megtapasztalása és támogatása.

Összességében látható, hogy a klienseink életében számos rizikófaktor jelenik meg, így sérülékenyebbek, nehezebben küzdenek meg a normatív krízisekkel, melyek mellett a fogyatékoság meglétével és az ezzel kapcsolatos társadalmi megítélésből következő tapasztalatokkal is meg kell birkóznuk, többnyire egyedül. Az összeadó hátrányok megnehezítik a normál életvezetés kialakítását és a megfelelő adaptív funkcionálást.

MUNKAMÓDSZEREK ÉS A SZOLGÁLTATÁS

A továbbiakban rátérünk a szolgáltatásfejlesztés folyamatára, a felmerülő etikai kérdésekre és a szolgáltatás jelenlegi működésére.

A célunk volt, hogy reagáljunk az Alapítvány által tapasztalt ellátórendszerbeli hiányosságokra, melyek a Covid-19 járvány következtében még inkább előtérbe kerültek, és kidolgozzuk a fogyatékos emberek igényeihez igazított konzultációs szolgáltatás protokollját, elindítsuk a szolgáltatást az Alapítvány ügyfélkörében.

Hamar egyértelművé vált, hogy a kliensek problémái összetettek, ezért elengedhetetlen az interdiszciplináris szemlélet, így a szakmai team tagjai is különböző végzettségekkel rendelkeznek: a szupervíziót és a protokoll kidolgozásának szakmai ellenőrzését klinikai szakpszichológus-gyógypedagógus biztosítja, a konzultációs folyamatokat pedig pszichológus, gyógypedagógus-pszichológus, szociálpolitikus- gyógypedagógus munkatársak végzik. Ez a szakmai sokszínűség biztosítja, hogy a klienseink problémáit a maguk komplexitásában tudjuk értelmezni.

A célcsoportunk hátrányos társadalmi helyezte és az ebből (is) fakadó problémák összetettsége miatt a szolgáltatás tervezése során nagy hangsúlyt fektettünk azoknak a problémaköröknek a kijelölésére, melyekben a szakmai teamünk segítséget tud nyújtani, kompetenciahatáraink tiszteletben tartásával. Ez alapján a következő témaköröket határozza meg az összeállított szakmai program:

- a) családi életben történő elakadás, konfliktusos helyzetek,
- b) leválás, önállósodás
- c) fogyatékosággal való szembesülés, fogyatékosághoz kapcsolódó diagnózis feldolgozása
- d) munkavállalással kapcsolatos nehézségek: pályorientáció, karrier tanácsadás, munkahelyi problémák
- e) párkapcsolati problémák, párkeresési nehézségek
- f) gyermekneveléssel kapcsolatos problémák
- g) gyászfeldolgozás.

Fontos, hogy a lista nem jelent szigorú korlátozást, célunk az volt, hogy magunk számára is körvonalazzuk, hogy jelenleg mihez van kompetencia a teamben, ezzel biztosítva a megfelelő minőségű szolgáltatást, illetve a klienseink számára támpontot adjunk a jelentkezéshez.

A protokoll kialakításához elsőként azokat a kereteket határoztuk meg, amelyek egyszerre szolgálják a klienseink és a szolgáltatásban dolgozó szakemberek védelmét, ezek közül a legfontosabbakat röviden összefoglaljuk az alábbiakban.

A szolgáltatás *problémajókusú, időkorlátos konzultációs lehetőséget* nyújt, ami aktuális nehézségei és az ezzel kapcsolatos kérdések átgondolásában támogatja a klienst.

Hosszú, feltáró terápiák vezetésére a konzultációkat vezető szakembereknek nincsen kompetenciájuk.

A szélesebb körű hozzáférhetőség érdekében – Budapesten kívül élők; mozgásukban korlátozott kliensek; kliensek, akik számára az önálló közlekedés nehézséget jelent – a konzultációs folyamatok online és offline is megvalósulhatnak.

A szolgáltatás bármely fogyatékosságtípusban érintett felnőtt számára nyitott, nem határoztunk meg kritériumokat, ugyanakkor fontosnak tartottuk annak feltérképezését már a jelentkezésekor, hogy pszichiátriai kezelés alatt áll vagy állt-e a jelentkező. Ez több szempontból is fontos, egyrészt a kompetenciahatárok tartása miatt – a konzultációkat vezető szakemberek nem kompetensek pszichiátriai kórképek kezelésében –, másrészt úgy gondoljuk, előfordulhat, hogy meglévő pszichiátriai diagnózis esetén is tudunk mentálhigiénés támogatást nyújtani (például tercier prevenciók célok kijelölésével – a meglévő pszichés betegség által okozott kár csökkentését célozva), de ez minden esetben mérlegelést (és szupervíziót) igényel.

Munkánk során mind a pszichológusok (Magyar Pszichológiai Társaság, 2004), mind a gyógypedagógusok etikai kódexét (Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, 2021) tiszteletben tartva működünk, ugyanakkor fontosnak tartjuk felhívni a figyelmet, hogy a célcsoportunk korábban bemutatott társadalmi helyzetéből, szocializációjából és képességeiből fakadóan számos esetben szembesülünk olyan etikai dilemmákkal, melyek feloldása nehézséget jelet. Ezek a dilemmák többnyire a szocializáció során „elsajátított” alárendelt szerepből fakadnak, melynek felülírása sokszor kihívást jelentő feladat, így a szakember felelőssége, hogy ezeket a jellemzőket szem előtt tartsa, és a konzultációs folyamatba érkező klienssel minél egyenrangúbb kapcsolat kialakítására törekedjen.

A szolgáltatás tervezése során számos alkalommal előtérbe került az önkéntesség kérdése, mivel a többségi társadalom tagjaival folytatott bármilyen pszichológiai intervenció/konzultáció feltétele a kliens önkéntes jelentkezése a szolgáltatás igénybevételére. Ugyanakkor pont a kiszolgáltatottságból fakadóan célcsoportunk esetében indokoltnak láttuk a közeli hozzátartozó, gondnok, szolgáltatásvezető ajánlására is bevonni a klienseket a konzultációs folyamatba, azzal a kikötéssel, hogy az első interjú követően a kliensnek minden esetben lehetősége van dönteni a szolgáltatásban való további részvételről. Az első interjú a célok kijelölésekor – és a folyamat további részében is – nagy hangsúlyt fektetünk a kliens képességeinek megfelelő kommunikációs szint megtalálására, a könnyen érthető kommunikáció alkalmazására (Farkasné Gönczi, 2018) (ezt szolgálja a könnyen érthető formában elkészített Adatkezelési Nyilatkozat és Megállapodás is). Azt gondoljuk, hogy a képességekhez illeszkedő tájékoztatás a folyamat elején és az így biztosított tájékozott beleegyezés (vagy elutasítás) már a kezdetektől azt közvetíti a kliensek felé, hogy a

konzultáció során van lehetőség az önrendelkezésre, és ennek a támogatására kiemelt figyelmet fordítunk önállósági szinttől és intellektuális képességektől függetlenül.

A titoktartás kérdéskörében is több dilemmát végig kellett gondolnunk. A szolgáltatás egyedülálló volta és a kliensek egyéni sajátosságai miatt nehéz a tapasztalatokat olyan formában megosztani – akár más szakemberekkel, akár tudományos fórumokon –, hogy klienseink anonimitását biztosítani tudjuk. Továbbá, a szolgáltatás az Alapítvány működésébe ágyazódik, és különösen a támogatott lakhatás ügyfelei körében nehéz annak az egyensúlynak a megtalálása, ami egyszerre szolgálja azt a célt, hogy az Alapítvány a kliens aktuális állapotát leginkább figyelembe vevő szolgáltatást tudja nyújtani, viszont közben a titoktartás etikai követelményét is teljesítse a szakember a kliens felé.

Szintén a fogatékos emberek szocializációjából és függő viszonyok által meghatározott élethelyzetéből fakadóan könnyen előfordulhat, hogy mások segítségére van szükségük az üléseken való megjelenéshez (önálló utazás, közlekedés, technikai eszközök használata online konzultáció esetén, anyagi feltételek megteremtése, tervezés, időbeosztás), így előfordul, hogy a részvétele nem egyedül a kienstől függ. Ez nehézséget jelenthet, amennyiben a konzultáció fókusza például pont az önállósodás, szülőkről való leválás, önrendelkező élet kialakítása, hiszen így a konzultáció céljának elérésével tulajdonképpen a konzultáción való részvételt kockáztatjuk.

A kognitív képességek gyengesége, a megfelelő interperszonális készségek hiányosságai és a sajátos szocializáció következtében IKZ-ban érintett kliens esetén fontos hangsúlyt fektetni a szakember – kliens kapcsolat definiálására, ugyanis enélkül könnyen összerosódhat a szakember egy jó barát képével. A szerepek meghatározásán túl fontos a konzultációs folyamat végességének hangsúlyozása és a kapcsolat folyamatos monitorozása annak érdekében, hogy a kliens ne kerüljön függő viszonyba a szakemberrel (mint ahogyan az a privát életében gyakran történik, a saját tehetetlenségének folyamatos megtapasztalása következtében). Ezzel mérsékelhetjük a kapcsolat lezárásával járó veszteségélmény intenzitását is.

Már több ponton szóba került a kompetenciahatárok kérdése, különösen fontosnak gondoljuk ezt olyan kiszolgáltatott helyzetben lévő, sérülékeny csoportoknál, mint a fogatékos embereké. A team összetételével és a folyamatos szakmai szupervízióval biztosítjuk, hogy a konzultációs kompetenciák határain belül maradjunk. Az etikai kérdésekről való közös gondolkodást, a kompetenciahatárok tartását és az ezeken túlmutató dilemmák és kérdések megvitatását teszi lehetővé a havi rendszeres szupervíziós alkalom és a szolgáltatásban dolgozó szakemberek folyamatos önképzése a fogatékos emberek pszichés támogatásának terén.

A fenti folyamat eredményeként 2021 nyarán véglegesítettük a dokumentumainkat és a KézenFogva Alapítvány ügyfélkörén belül elindult az Egyéni Életvezetési Konzultációs Szolgáltatás. A jelentkezés könnyen érthető Google kérdőíven keresztül történik, melyet lehetősége van a kliensnek egyedül vagy segítséggel kitölteni. A kitöltést követően a team dönt – a kompetenciák és az aktuális szabad kapacitások szem előtt tartásával –, hogy a kliens melyik szakemberrel kezdi meg a munkát. Ezt követi az összesen maximum 10(+10) alkalmas konzultációs folyamat.

A komplex egyéni és családtámogatás és hatékony problémamegoldás érdekében együttműködünk a KézenFogva Alapítvány egyéb szolgáltatásaival (Támogatott Lakhatás, Jogsegély Szolgáltatás, Munkaerőpiaci Szolgáltatás, Infobázis, Integrációs Tanácsadó Szolgáltatás, Családterápiás szolgáltatás stb.).

2023 tavaszáig 16 fő vett részt a szolgáltatásban. Illusztrációképpen összegyűjtöttünk néhány releváns témát a folyamatokból, melyekről bővebben egy következő cikkben számolunk be:

- a) fiatal felnőttkori normatív krízisek
- b) pozitív identitás kialakításának nehezítettsége
- c) orvosi ellátások igénybevétele, bizalom növelése az ellátórendszerben
- d) munkavállalás nehezítettsége
- e) munkahelyi konfliktusok
- f) érzelemszabályozási nehézségek
- g) interperszonális hatékonyság növelése
- h) gyászfeldolgozás
- i) szabadidő tervezése, társas kapcsolatok kialakításának facilitálása.

KÖVETKEZTETÉSEK ÉS TOVÁBBI TERVEK

A szolgáltatás tapasztalatai azt mutatják, hogy már egy tízalkalmas konzultációban is el lehet érni olyan eredményeket, melyek hozzájárulnak a kliens életminőségének javulásához, jóllétének növeléséhez. A konzultációk során a kliensek átélhetik, hogy a szakember értő figyelemmel fordul problémájuk felé. A kommunikáció és a módszerek teljes mértékben a kliensek képességeihez és igényeihez szabottak, így komfortosnak érzik a folyamatot, ami pozitív hatással van a hangulatukra és már a kezdetektől megalapozza a kapcsolatba vetett bizalmukat, támogatja motivációjukat. Gyakori visszajelzés, hogy a konzultáció az első olyan kapcsolat az életükben, amikor úgy érzik, hogy valaki teljes valójukban, fogyatékoságukkal együtt fogadja el őket, és amelyben a nehézségeiket érvényesnek és tiszteletben tartják. Eredmény, hogy ezzel a pozitív tapasztalattal támogatni tudjuk a kliensek nyitottságát további segítő kapcsolatok felé.

Szinte minden konzultációs folyamatban téma az érzelmek felismerése, elfogadása és kommunikálása, valamint az énhatárok felismerése és a saját igények asszertív módon történő kifejezése. Ezen képességek fejlesztése segít a klienseknek a családjukkal, illetve a támogatott lakhatási programban a lakótársakkal való kommunikációban is. Továbbá kiemelt szerepet játszik a munkahelyi kommunikációban is, ami elengedhetetlenül fontos a kliensek számára, hiszen a stabil munkahely biztosítja az önálló jövedelmet, ami kritikusán fontos az önálló életvezetéshez és a megfelelő életminőség fenntartásához. Terveink között szerepel ezen készségek célzott, csoportos tréningjének kialakítása.

A konzultációs folyamatok lehetőséget biztosítanak a szakmai teamnek a kliens problémájának alapos feltérképezésére, ami alapján szükség esetén további szolgáltatásokba, szakemberhez irányíthatók. Erre több példa is adódott az eddigi munkánk során.

További nehézség esetén a klienseknek lehetőségük van visszatérni a szolgáltatásba. A kialakult bizalmi kapcsolat mint motivációs háttér és a kliens új készsége, hogy képes felismerni, amikor ismét segítségre van szüksége, lehetővé teszi, hogy visszalépjen a támogató folyamatba, akár további 10 alkalomra. Azt is látjuk, hogy bár a kliensek indokolt esetben nyitottak lennének a konzultáció után hosszabb terápia mellett elköteleződni, ennek lehetősége általában nehézségekbe ütközik. Szinte kizárólag a magánszférába tudjuk továbbküldeni őket, ha erre szükség van, ez viszont jelentős anyagi teher, amit a legtöbben nem tudnak kigazdálkodni. A szolgáltatás

fejlesztésében kiemelt feladat egy olyan adatbázis létrehozása, mely azokat az állami és magán szolgáltatókat tartalmazza, akik megfelelő szakmai színvonalon látják el őket.

További célunk a szolgáltatást és a kidolgozott protokollt jó gyakorlatként más szolgáltatók számára is hozzáférhetővé tenni, így szélesíteni a résztvevők körét, ami, azt gondoljuk, elengedhetetlenül fontos lenne több szempontból is: egyrészt az Országos Fogyatékosügyi Programban (15/2015. (IV. 7.) OGY határozat) is megjelenő intézményi férőhelykiváltás (EFOP-1.9.1-VEKOP-15-2016-00001 projekt) sikerességéhez és a nagy intézményekből kiköltöző fogyatékos emberek társadalmi beilleszkedéséhez elengedhetetlen a megfelelő mentális egészség, érzelmszabályozás és egyéb olyan készségek megléte, melyek kialakítására és támogatásra nagy hangsúlyt fektetünk a szolgáltatásban. Továbbá az ENSZ Fogyatékosügyi Bizottsága által kiemelt célok (munkavállalás a nyílt munkaerőpiacon: CRPD/C/GC/8: General comment No. 8 (2022), inkluzív lakhatási körülmények: CRPD/C/5(2022)) megvalósításához is nélkülözhetetlen a mentálhigiéné.

Ahogy arra az elméleti bevezetőben is utaltunk, és amit a tapasztalataink is alátámasztanak, a fogyatékos emberek számára rendelkezésre álló szolgáltatások és lehetőségek köre igen szűk; a szabadidő értelmes eltöltésére, sportolásra, szociális kapcsolatok kialakítására minimálisan van lehetőségük, így klienseink a szolgáltatásból való kikerülés után egy ingerszegény, védőfaktorokat nyújtani nem vagy csak minimálisan képes közegbe térnek vissza, melynek következtében a szolgáltatás pozitív hatásai csak részben tudnak érvényesülni. Bár igyekszünk a klienseinket támogatni a védőfaktorok feltérképezésében és használatában, ehhez szükség lenne egy olyan szélesebb körű szolgáltatási gyűjteményre, ami a fent említett területeken tudná segíteni őket, a konzultációs helyzeteken kívül is. Egyelőre azt látjuk, hogy az ehhez szükséges humán erőforrás kevés, így nagyon esetleges, hogy mikor és ki kap végül támogatást, valamint ez mennyire fenntartható és segíti-e valóban egy új szokás beépítését a kliens életébe. Az egyéni konzultációs szolgáltatás hozzá tud járulni az életminőség javulásához és a felmerülő igények fényében szükségesnek látszik a szolgáltatási kapacitás bővítése.

IRODALOMJEGYZÉK

- Csákvári J. (2013). *Intellektuális képességszavar és szociális kogníció. A szociális kogníció néhány aspektusának vizsgálata tekintetkövetéses módszerrel mérsékelt intellektuális képességszavarral élő felnőttek körében.* Doktori (PhD) értekezés. ELTE PPK, Budapest. Letöltve: 2023.06.21. http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/Csakvari_Judit_disszertacio.pdf
- Badia, M., Orgaz, M. B., Verdugo, M. Á., Ullán, A. M., & Martínez, M. (2013). Relationships between Leisure Participation and Quality of Life of People with Developmental Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(6), 533–545. <https://doi.org/10.1111/jar.12052>
- Bánfalvy, Cs. (2020). The Social Integration of Disabled Persons. The Contribution of Education and Employment. *Fogyatékoság És Társadalom*, 6(Special issue), 10–28. <https://doi.org/10.31287/FT.en.2020.2.3>
- Bernát A., Simonovits B., Kozma Á., & Kopasz M. (2017). Az értelmi fogyatékosággal élő felnőttek életminősége intézetben, lakóotthonban és magánháztartásban. *Esély*, 5, 31–66.

- Bernát A., Petri G., Vajda D., & Kozma Á. (2022). A fogyatékossgal élő emberek jogaival és társadalmi részvételével kapcsolatos lakossági attitűdök. In Kolosi T. & Tóth I. G. (Szerk.), *Társadalmi Rőport 2022* (p. 493–506). TÁRKI Társadalomkutatási Intőzet Zrt, Budapest.
- Csákvári J., & Cs. Ferenczi Sz. (2018). Védőfaktorok. In J. Csákvári & S. Cs. Ferenczi (Szerk.), *A fiatalok lehetőségeinek kibontakoztatása*. (pp. 118–142). ELTE Bárczi Gusztáv Győgyepedagógiai Kar, Budapest.
- Csorba J., Radványi K., Regényi E., & Dinya E. (2011). A study of behaviour profiles among intellectually disabled people in residential care in Hungary. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1757–1763. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.03.003>
- Daniel, B., & Wassell, S. (2002). *Assessing and promoting resilience in vulnerable children*. Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia.
- Dinya E., Csorba J., Suli Á., & Grosz Z. (2012). Behaviour profile of Hungarian adolescent outpatients with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1574–1580. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.03.001>
- Dunás-Varga I. (2020). Attitudes Regarding the Education and Employment of Persons with Disabilities. *Fogyatékossg és Társadalom*, 6(Special issue), 166–177. <https://doi.org/10.31287/FT.en.2020.2.13>
- Fang, Z., Cerna-Turoff, I., Zhang, C., Lu, M., Lachman, J. M., & Barlow, J. (2022). Global estimates of violence against children with disabilities: An updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(5), 313–323. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00033-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00033-5)
- Farkasné Gönczi R. (2018). A könnyen érthető kommunikáció fogalma és szabályrendszere nemzetközi és hazai példák, illetve magyar tapasztalati szakértők javaslatai alapján. *Győgyepedagógiai Szemle*, 46(1), 64–76.
- Fiske, S. T. (2015). Intergroup Biases: A Focus on Stereotype Content. *Current opinion in behavioral sciences*, 3, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.01.010>
- Hajduska M. (2015). *Krízislélektan*. (3. kiad.). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Harvey, K. (2009). *Positive Identity Development: An Alternative Treatment Approach for Individuals with Mild and Moderate Intellectual Disabilities*. NADD.
- Harvey, K. (2012). *Trauma-Informed Behavioral Interventions: What Works and What Doesn't* (1st edition). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Herman, J. (2019). *Trauma és győgyulás* (Kuszling G. & Kulcsár Zs. Ford.; 3. kiad.). Háttér Kiadó - NANE Egyesület, Budapest.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 379(9826), 1621–1629. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5)
- Joyce, T., Globe, A., & Moody, C. (2006). Assessment of the Component Skills for Cognitive Therapy in Adults with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 17–23. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00287.x>
- Kulturális és Innovációs Minisztérium (2023). *A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések a 2022/23-as tanévtől alkalmazandó képzési és kimeneti követelményei*. Letöltve: 2023.06.30. <https://cdn.kormany.hu/uploads/document/b/bc/bcd/bcd7fca9a4004e1de31bc403fd75820d89a59492.pdf>
- Kopasz M., Bernát A., Kozma Á., & Simonovits B. (2016). Fogyatékossgal élő emberek életminősége Magyarországon az intézménytelenítési folyamat küszöbén. In Kolosi T. & Tóth I. G. (Szerk.), *Társadalmi Rőport 2016* (p. 378–395). TÁRKI Társadalomkutatási Intőzet Zrt, Budapest.
- Kovai M. (2022). Mire (lehetne) jó a kritikai pszichológia? *Fordulat*, 2(31), 63–88.
- Kőzponti Statisztikai Hivatal (é.n.). 2.5.1.1.28 Támogatott lakhatás. Letöltve: 2023.04.01. https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0028.html

- Központi Statisztikai Hivatal (2018). *Mikrocenzus 2016. 8. A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői*. Letöltve: 2023.04.01. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_8.pdf
- Lányiné Engelmayer Á. (2017). *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés* (Második, átdolgozott és bővített kiadás). Medicina, Budapest.
- Lunsky, Y., Jahoda, A., Navas, P., Campanella, S., & Havercamp, S. M. (2022). The mental health and well-being of adults with intellectual disability during the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 19(1), 35–47. <https://doi.org/10.1111/jppi.12412>
- McGilvery, S., & Sweetland, D. (2011). *Intellectual disability and mental health: A training manual in dual diagnosis*. NADD Press, New York.
- McNally, P., Taggart, L., & Shevlin, M. (2021). Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications: A scoping review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 62(11), 974–991. <https://doi.org/10.1111/jar.12872>
- Okoro, C. A., Strine, T. W., McKnight-Eily, L., Verlenden, J., & Hollis, N. D. (2021). Indicators of poor mental health and stressors during the COVID-19 pandemic, by disability status: A cross-sectional analysis. *Disability and Health Journal*, 14(4), <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101110>
- Perczel-Forintos D. (2011). A bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák elérhetősége. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 3–10. <https://doi.org/10.1556/mpszle.66.2011.1.1>
- Polyák K., & Vizin G. (2021). A kognitív viselkedésterápia helye a mentálhigiénés ellátásban: Az alacsony intenzitású intervenciók elemzése. *Alkalmazott Pszichológia*, 21(4), 103-121. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2021.4.103>
- Porter, J. L. B. (2022). EMDR therapy with people who have intellectual disabilities: Process, adaptations and outcomes. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 16(1), 32–43. <https://doi.org/10.1108/AMHID-07-2021-0033>
- Rich, A. J., DiGregorio, N., & Strassle, C. (2021). Trauma-informed care in the context of intellectual and developmental disability services: Perceptions of service providers. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(4), 603–618. <https://doi.org/10.1177/1744629520918086>
- Rose, N., O'Brien, A., & Rose, J. (2007). Investigating staff knowledge and attitudes towards working with adults with learning disabilities and mental health difficulties. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 1(3), 52–59. <https://doi.org/10.1108/17530180200700031>
- Sándor A. (2018). *Magas támogatási szükséglettel élő személyek önrendelkezési lehetőségei* Doktori (PhD) értekezés. ELTE PPK, Budapest. Letöltve: 2023.06.21. https://ppk.elte.hu/file/sandor_aniko_disszertacio.pdf
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2164–2182. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.005>
- Siddell, P. (2022). Psychologists' views on the accessibility and effectiveness of psychological therapies for people with intellectual disabilities and autism. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 16(3), 147–156. <https://doi.org/10.1108/AMHID-11-2021-0041>
- Szokolszky Á., & V. Komlói A. (2015). A „reziliencia- gondolkodás” felemelkedése- ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1), 11-26. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.11>
- Társaság a Szabadságjogokért (2022.07.14.). Kitagolás felülnézetből – Stratégiai újragondolásra volna szükség. Letöltve: 2023.04.17. <https://tasz.hu/cikkek/kitagolas-felulnezetbol-strategiai-ujragondolasra- volna-szukseg>
- Tringer L. (2022). *A gyógyító beszélgetés* (5. kiad.). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Wehmeyer, M. L. (2020). The Importance of Self-Determination to the Quality of Life of People with Intellectual Disability: A Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7121. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197121>

Whittle, E. L., Fisher, K. R., Reppermund, S., Lenroot, R., & Trollor, J. (2018). Barriers and Enablers to Accessing Mental Health Services for People With Intellectual Disability: A Scoping Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 69–102. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1408724>

Jogszabályok

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az abhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.

15/2015. (IV. 7.) OGY határozat az Országos Fogyatékosügyi Programról (2015-2025.).

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2022.09.09.). CRPD/C/GC/8: General comment No. 8 (2022) on the right of persons with disabilities to work and employment. Letöltve: 2023.04.17. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/crpdgc8-general-comment-no-8-2022-right-persons>

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2022.09.09.). CRPD/C/5: Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies. Letöltve: 2023.04.17. <https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>

A new approach in supporting adults with disabilities: Individual life management consultation service at Hand in Hand Foundation

ABSTRACT

Our study describes the Hand in Hand Foundation's individual counselling services, from planning to first results.

At present, mental health services are difficult – if not impossible – for people with disabilities to access, so treatment for their mental health problems, if it happens at all, usually involves pharmacotherapy (medical treatment). Our service aims to respond to this gap in the care system by providing psychological and psychoeducational support to adults with disabilities through counseling and skill development techniques.

In this paper, we summarise the theoretical underpinnings of service development: the specific socialization pathway of people with disabilities and the resulting specific consultation aspects, resource-based approach, trauma-informed support. We describe our working methods: inputs and experiences from the interdisciplinary team, ethical issues in working with people with disabilities, and attempts to resolve them. We also discuss the current structure of the service, the functioning of the team, and future plans for service expansion and knowledge sharing.

Keywords: adults with disabilities, mental health, individual counselling, psychoeducation, life skills
