

puszki w poczuciu JA.

- Trauma „odbierając mowę” kiedyś, dziś przynosi jedynie bolesną i wciąż nieusymbolizowaną, nienazwaną reakcję na wyzwalające bodźce i impulsy. Stąd w wielu trudnych, bieżących sytuacjach poczucie, że jest się „we mgle”, pod ścianą, bez wyjścia, w paraliżu, przeświadczeniu, że ta sytuacja nigdy się nie skończy, etc. Brakuje w nich odpowiednich słów, aby wyrazić to, co się dzieje w ciele, a co zwykle przynosi ulgę. Margaret Warner nazywa to „kruchym procesem”.
- Trauma powoduje zmniejszenie objętości kory przedczołowej, która odpowiada za porządkowanie informacji i wiązanie ich w całość oraz struktur hipokampa, gdzie dochodzi do konsolidacji śladu pamięciowego. Trudno wtedy o uzyskiwanie spójności i ciągłości doświadczeń. Uszkodzenia obszarów kory przedczołowej wpływa także na zdolności empatyzowania i mentalizacji.

Greenberg wydzielił w procesie doświadczenia traumy trzy fazy.

- W fazie **rejestracji** doświadczenia ma miejsce ograniczona zdolność do rozpoznawania elementów wydarzeń, jakość obecności i zaangażowania w to doświadczenie.
- W fazie **przetwarzania** ma miejsce ograniczona zdolność do adekwatnego rozpoznawania rzeczywistości jako konsekwencja traum i innych wielokrotnie powtarzających się traumatyzujących wydarzeń.
- W fazie **zapisu** ma miejsce ograniczona zdolność do włączania nowego doświadczenia w nurt dotychczasowych.

Widzimy więc, w jaki sposób trauma zmienia i zaburza proces rozwojowy. Człowiek jednak wciąż szuka sposobów przetrwania. Humanisci mówią, rozwijając tezę C. Rogersa, że kieruje nami tendencja aktualizacyjna; motywacyjna siła każdego organizmu dążąca do zrealizowania całego potencjału i biorąca pod uwagę wszystkie niezbędne do tego zasoby, w tym emocje, zmysły, doświadczenia i stawiane sobie cele. Optymistyczne jest to, że mamy do tego wrodzoną zdolność. Szukanie pomocy jest również

tego przejawem. W zagubieniu, pomieszeniu, emocjonalnym bólu, lęku lekarstwem na przetrwanie staje się również używka.

PRZETRWAĆ

B. van der Kolk opisuje, w jaki sposób ekstazy wpływa na objawy PTSD. „Zwiększa stężenie hormonów; oksytocyny, wazopresyny, kortyzolu. Zwiększa kreatywność, uczucia ciekawości, łączności z innymi, etc. Łagodzi strach, zmniejsza psychiczne odrętwienie. Pomaga dotrzeć do wewnętrznych doświadczeń.” (str. 293). Alkohol wiąże się z doświadczeniem ulgi, euforii, przyjemności, błogości. Wiele badań i relacji potwierdza, że „bez

wstydu można wyrażać prośby i potrzeby, wchodzić w relacje, jest środkiem dopinającym, umożliwiającym skuteczność, przyswajanie wiedzy etc.” (Kaczmarczyk, 2008). „To jest możliwe dlatego, że alkohol wpływa na „aktywację układu GABA – ergicznego (najważniejszy układ hamujący aktywność ośrodkowego układu nerwowego) i hamowanie czynności układu glutaminergicznego (najważniejszy układ pobudzający aktywność OUN). Alkohol pobudza aktywność serotoninergiczną i dopaminergiczną. Stanowi lek antydepresyjny i przeciwlękowy.” (Jakubik, 2017). Narkotyki oraz alkohol skutecznie, jak widać, działają tam, gdzie trauma wyrządziła największe szkody. W posttraumatycznych reakcjach wszystko, co pomaga „zebrać się w całość”, ma charakter regulacji emocjonalnej. Słuchając pacjentów, przyjmuję dziś procesualną perspektywę; biorę pod uwagę to, czego doświadczyli, co musieli robić, żeby przetrwać, jak się adaptowali do sytuacji, całości życia, przy pomocy jakich używek i czynności regulowali swój stan, jakie są tego skutki i w jaki sposób przeżywają siebie dziś, także „tu i teraz”.

Wiemy już, że wydzielanie przez organizm substancji blokujących ból łagodzi napięcie; stąd samookaleczenia, próby jego „wizualizacji”. Powtarzanie niektórych zachowań paradoksalnie przynosi ulgę. Oglądanie horrorów, ekstremalne sporty, wtórne przeżywanie tych samych historii poprzez ich „rozkręcanie”, poszukiwanie ryzykownych sytuacji. Dla wielu pacjentów to sposób na wyrwanie się z odrętwienia. Bez tego „nie żyją” lub żyją w lęku i napięciu. Używki przywracają zdolność do przeżywania, jeśli jest się „w zamarcu” lub pobudzają, wygaszają ruminacje, koją ból. Dostarczają ulgi, zaspokajając wiele potrzeb poza relacjami lub w relacjach, które tworzą podkulturę takich zachowań. Kształtują się w ten sposób wzorce reakcji, podnosząc ryzyko kolejnych traum.

Jeden z pacjentów brał kokainę i jeździł ryzykownie samochodem, inny tylko w pracy ponad siły nie miał depresji, kolejny „wyławiał” źle zaparkowane auta i przeżywał wściekłość, która go napędzała do kolejnych zadań, miał też misję naprawiania innych.

Jedna z pacjentek zaczęła pić, kiedy wyszła za mąż, mając za sobą okres molestowania; każde zbliżenie musiała „zalać”, przeżywając poranny lęk, którego źródła nie była świadoma: „Kiedy nic się



nie dzieje, czuję napięcie nie do wytrzymania, szukam wtedy sama albo wywołuję stan, w którym się boję, mobilizuję się, działam i odzyskuję wpływ, dopiero wtedy czuję ulgę...Potem znowu „nie żyję”, piłam kiedyś, żeby żyć.”

Kojenie „rozkręconego” umysłu przy pomocy marihuany pozwoliło przetrwać pacjentowi czas emigracji. Po jej odstawieniu „nic już tak nie działa”.

Tłumienie wściekłości w bliskich relacjach („nie wiadomo skąd”) u jeszcze innej osoby, było możliwe przy pomocy benzodiazepin, które działają jak alkohol, bo do picia nie chce wracać. Jeden z pacjentów myślał o samobójstwie, żeby nie czuć złości do żony. „To są złe uczucia, a wszystko to przecież moja wina”. Ten pacjent nie tylko sam doświadczał przemocy ze strony ojca, lecz, jako chłopiec, musiał patrzeć na to, co robił jego matka i nie mógł jej obronić. Dziś pyta często, jaki jest sens życia, skoro w nim tyle zła i on rozpoznaje w sobie jego ślady.

Poczucie bezpieczeństwa bywa czasem odzyskiwane w galeriach handlowych między ludźmi, a zakupy na wyprzedających podnoszą nastrój.

Kolejny z pacjentów mógł radzić sobie z lękiem, będąc w „stanie zakochania”: „czułem to samo, kiedy brałem narkotyki” (jest abstynentem od dziesięciu lat).

Spotkałem pacjentkę, która układała godzinami pasjansa, bo tylko to koiło stan samotności. Jeden z pacjentów był wyekspediowany za karę przez swoich rodziców jako nastolatek za granicę, na głęboką prowincję, bez znajomości języka.

Inny z kolei został oddany do domu dziecka, a doświadczanie samotności i opuszczenia już po odstawieniu alkoholu oraz towarzyszącej temu paniki wzbudzało w nim przymus umawiania się z wieloma kobietami.

Jedna z pacjentek była zmuszona przez matkę do aborcji.

Urządzenia elektroniczne i internet pobudzają, odcinają, pornografia dodatkowo reguluje stan napięcia – od pobudzenia do ulgi.

Łatwo byłoby na to spojrzeć z perspektywy objawu. Za każdym z tych sposobów stoi jakaś historia. Wszystkie te przykłady, już rozpoznane, ukazywały się w przeżyciu pacjentów z sesji na sesję, a czasem z chwili na chwilę, nie jako objaw, lecz jego źródło. Źródło, które wciąż ma swoją moc.

ŚCIEŻKA REGULACJI

Na poziomie neuronalnym trauma powoduje dysregulacje neurobiologicznych procesów odpowiedzialnych za ocenę i odpowiedź na zagrożenie. Kiedy ten proces ulega dezintegracji, ciało reaguje tak, jakby trauma z przeszłości działa się „tu i teraz”. Nadmierne pobudzenie organizmu odzwierciedla wywołaną stresem nieprawidłową regulację pomiędzy ciałem migdałowatym i autonomicznym układem nerwowym. Prowadzi to do ciągłego poczucia zagrożenia oraz odbierania świata i relacji z innymi jako zagrażających, co z kolei prowadzi do izolacji i utrudnia kierowanie się w stronę innych. Zaburzenia w prawidłowej współpracy i przepływie informacji w sieciach połączeń neuronalnych między strukturami hipokampów a obszarami korowymi utrudniają prawidłową integrację i kontekstualizację emocji i odczuć z ciała w pamięci autobiograficznej (Cozolino, 2018). Prawa półkula mózgu jest silniej połączona z układem limbicznym niż lewa, szybciej i adekwatniej identyfikuje emocje niż lewa, która jest bardziej zaangażowana w przetwarzanie znanych schematów i odpowiada za kontekstualizację. Często przeżywamy więc coś, co bezskutecznie próbujemy opanować, szukamy odpowiedzi. Jednak kiedy ich brak lub potwierdzają po chwili obraz świata jako groźnego, wzmagają się poczucie zagubienia, niepewności i lęku. Czynności i używki pozwalają zniwelować to poczucie.

To sposób regulacji własnych emocji, który z czasem przekształca się w poszukiwanie sytuacji w celu emocjonalnej regulacji własnych na nie reakcji, tworząc pułapkę życiowej strategii na ból i przetrwanie. Paradoksalny skutek zmian w mózgu skutkuje zmianami w motywacjach. Ścieżka reagowania przesuwają się automatycznie w tryb; pragnienie i głód substancji.

Pacjenci nazywają różnie funkcje swojego używania: „nie czuć”, „poczuć”, „ukoić”, „zasłonić”, „dokończyć”, „złożyć”, „związać”, „wrócić do ciała”, „ulżyć”, a ostatnio usłyszałem, że to doświadczenie „powrotu do domu”. Jeden z pacjentów pił bo: „jestem w takim zamgleniu, czuję pustkę, to jest nie do wytrzymania”. Picie nazwał „odcięciem od zablokowania”. Odczuwał emocjonalny ból, ale mówił też: „marzę, żeby odczuwać cierpienie w swojej sprawie” (żeby się czegoś wreszcie o sobie dowiedzieć). Chodzi często od drzwi do drzwi, jest samotny i nie wie, co

się z nim dzieje: „muszę się starać o sukcesy, bo jestem gejem i muszę coś znaczyć w domu”. „Bardzo się boję, że nie dotrę do siebie” – płakał, w ten sposób wykonując w tej „drodze do siebie” pierwsze kroki. Ma 25 lat i duże na to szanse.

Rozpoznawanie tych objawów oraz ich „oponowywanie” wyłącznie w języku teorii uzależnienia, bez zrozumienia źródeł reakcji i ich uznawania w terapii, prowadzi do ich blokowania, zamrożenia emocjonalnego, które często skutkuje depresją. Jednocześnie tworzy podstawy do konceptualizacji swojego bólu. Pacjent może utrzymywać abstynencję, wie, co się z nim dzieje, bo zna się na objawach, ale cierpi i nie wie dlaczego. Poddaje się sile utrwalonych wzorców, impulsów, czasem wraca do używania, co rodzi poczucie winy i wstyd, że nie poradził sobie z uzależnieniem i że źle trzeźwieje, intensyfikuje więc swoje działania.

KRYZYSY

Brak możliwości i umiejętności przetworzenia bieżących doświadczeń, również z powodu skutków używania, tworzy niejako w zastępstwie swojego – JA społeczne, które się kształtuje głównie w oparciu o porównania z innymi. Adaptacyjny proces związany z używaniem polega na normalizacji swoich zachowań. Ochrona tego kruchej poczucia JA racjonalizacjami pozwala względnie funkcjonować, dopóki nie wyczerpią się psychologiczne i środowiskowe ochrony. Gdy to nastąpi, społeczne JA ulega załamaniu. To stan, w którym czasem nagle odsłaniają się głęboko pierwotne zranienia; niczym niechroniona rozpacz, samotność, wstyd (stan nazywany granicznym doświadczeniem, a w potocznym języku uzależnienia rozpoznawany jako dno – Kaczmarczyk, 2008). W wielu opisach kryzysu uzależnionych pacjentów czai się egzystencjalny lęk przed nieistnieniem. Wyświetla się wtedy bardzo wyraźnie „czerwona wskazówka sekundnika”, którą nazywamy objawem choroby, popycha ją jednak wiele mechanizmów, często niedostrzegalnych i nierozpoznawanych, tak jak oko nie rozpoznaje ruchu pozostałych wskazówek.

Uzależnienie to bowiem konsekwencja wielu sytuacji i zdarzeń często o bolesnym przebiegu, które nie zostały przetworzone i włączone w obszar JA. To one właśnie dają znać w chwilach kryzysu. To również kwestia braku świadomości emocji. Pacjent czuje, że jest źle, próbuje

znaleźć rozwiązanie, czuje też głębokie rozdarcie. Pójście ścieżką objawu (musisz przestać pić) wymusza odcinanie od bólu, który najczęściej nie jest zaopiekowany. Idąc dalej tą ścieżką, wie też, jak ten ból leczy (chcę pić). I „obie te części” pacjenta, które wytworzyły swoje reprezentacje, muszą w terapii uzyskać głos, aby można je było integrować, rozpoznając ich potrzeby, motywacje i źródła bólu. Docieranie do tej prawdy wymaga szczególnej obecności terapeuty. Niestety pacjenci pracują jednak najczęściej nad uzyskaniem abstynencji, zajmują się objawami uzależnienia, „rozumiejąc” swój stan, który i tak da o sobie znać. Odstawiona używka skutkuje nie tylko zespoleniem odstawienia, ale nasila najczęściej objawy PTSD.

PSYCHOTERAPIA

Zestawiając dwa modele terapii, może powiedzieć, że albo odsłaniamy doświadczenia, albo je zasłaniamy. Oba mają inne strategie. Jedna mówi, „najpierw abstynencja, potem pogłębimy”, druga, o której mówię, oznacza uwzględnianie bieżącego doświadczenia. W pierwszym psychoedukacja dostarcza informacji, jak rozumieć swoje reakcje, jak radzić sobie z sytuacjami, które emocje wywołują, traktując uzależnienie jako upośledzenie kontroli emocji, którą trzeba odzyskać. Praca z objawem przez wiele lat tworzyła mechanizmy kontroli, odwołując się

do założenia, iż „tożsamość alkoholika” umacnia tę kontrolę. Jednocześnie zamykając pacjenta w tym paradygmacie razem z jego reakcjami i doświadczeniami, do znaczenia których nie ma dostępu. Dzieląc życie na czas picia i niepicia. Stąd, mimo wielu lat abstynencji, stany narastającego napięcia interpretowane są jako objaw nawrotu, co zasłania najczęściej wciąż ten sam ból. Pacjent, który dzwoni do wielu kobiet, mówi, że wolałby się nazwać seksoholikiem niż rozpoznawać jego źródła. Szuka ulgi, obietnicy bliskości i bycia ważnym bez ryzyka wchodzenia w głębsze relacje. Wychowywał się w domu dziecka.

Pacjenci często wolą się leczyć niż leczyć siebie. Podobnie jak terapeuci wolą leczyć objaw niż uwzględniać w nim cierpienie, które często jest tym objawem przykryte. W wielu sytuacjach zatrzymuję pacjentów przy słowach „jestem w nawrocie” lub „znowu nie dałem rady”. Po wielu latach doświadczeń uznaję, że ta druga droga – pracy z doświadczeniem i nad doświadczeniem – jest mi bliższa niż odcinanie i zasłanianie go „objaśnieniem samego siebie”. Kiedy strategia przynosi fiasko, pogłębia się kryzys, bo w zasadzie nikomu się nie udaje kontrolować własnych reakcji.

PRZEMIANA

Warunkiem głębszej zmiany jest zdolność powiązania reakcji organizmu, roz-

poznawanie ich w bieżącym przeżyciu, odczytywanie emocji, wiązanie ich z potrzebami, motywami i możliwym repertuarem zachowań. To podstawa odzyskiwania wpływu (decydowanie) i sensu (wartości) życia. Wyposażenie, które decyduje więc w przypadku osób uzależnionych, często w krótkich chwilach, o ich życiu. W tym założeniu zawarta jest teza dotycząca terapii, że kierujemy akcent na doświadczanie i że jedna sesja jest już przestrzenią do obejmowania go refleksją, do emocjonalnej regulacji tego doświadczenia w relacji terapeutycznej. Takie pobudzenie z sesji na sesję, czy z chwili na chwilę, tworzy nowe wzory reakcji i zachowań, efektów często nierozpoznawanych, bo nie są fajerwerkami, lecz niespecyficznymi zmianami, pracującymi w tle, które rozpoznają najczęściej poprzez poszerzanie obszaru wpływu, dbałością o zdrowie, nawiązywanie relacji, wzrostem kreatywności i ciekawości siebie, podejmowaniem ryzyka w mówieniu o swoich potrzebach. W badaniach nad skutecznością terapii wykazano, że bez względu na podejście kluczowe znaczenie ma tu „relacyjna więź i właśnie szczególne momenty terażniejszości” (Mitchel, 2003; Stern, 2004). Donesienia z prac nad efektywnością psychoterapii potwierdzają, że wiele innych podejść uznaje, że wpływa na nią sojusz i relacja terapeutyczna. (Geller, Greenberg, 2011). W pracy z osobami uzależ-



niono, że moralność jest regulowana przez przyśrodkowe obszary kory przedczołowej. Wiąże się z rozumieniem tego, co jest dobre dla innych. Uszkodzenie przyśrodkowych obszarów kory przedczołowej w wyniku głębokich traum lub wypadków wpływa na zaburzenia rozwoju moralności.

Celem terapii jest praca wokół wartości, ich znaczenia w relacjach.

W swojej pracy zakładam, że wiele z tych czynników jest ze sobą ściśle powiązanych, można je rozpatrywać osobno lub próbując widzieć w całej wiązce, rozumiejąc ich funkcje i efekty. W trakcie pracy odkrywałem, że interwencje w jednym obszarze dokonują zmian – często niedostrzegalnych – również w innych obszarach. Przypomina to ruch na szachownicy – każdy zmienia układ pola. Te zmiany dokonują się często niejako poza kadrem głównego celu. Dostrzegam to często w zaskakujący sposób, kiedy pacjenci mówią o efektach terapii. Jeden z pacjentów stwierdził po roku, że w jego objawach nic się właściwie nie zmieniło (lęk), ale że to był dla niego bardzo dobry rok (zmiana jakości relacji, stan zdrowia, dostęp do uczuć, efekty w zawodowej pracy).

Nauczyło mnie to zwracania uwagi na te niespecyficzne zmiany zachodzące właśnie w tle i przywoływania ich w chwilach załamania terapii, kiedy pacjent nie ma z nimi emocjonalnego kontaktu. Potwierdza to tezę, że regulacja emocjonalna zachodzi w prawej półkuli, a zmiany na świadomym poziomie bardziej i nieco wolniej rejestrowane są w lewej półkuli i rozpoznawane w zachowaniach (Schore, Dawidson i inn.).

Wiemy, że trauma reorganizuje system przetwarzania bodźców i zdolność do rozumienia rzeczywistości. W terapii doświadczeniowej nie chodzi o zmianę tego „rozumienia”, ale o emocjonalne przetworzenie doświadczenia wraz z adekwatnym jego usymbolizowaniem, a w efekcie realne uzyskanie stanu bezpieczeństwa, „związanie w całość” swojego doświadczenia w aktualnej chwili, bycie obecnym, doświadczanie istnienia, „tu i teraz”, „bycia przy sobie” – jak często mówią o tym pacjenci.

OD TERAPII UZALEŻNIENIA DO PSYCHOTERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH

Tak często praktykowane wzmocnienie tożsamości alkoholika jest leczące o tyle, o ile odcina od bieżących impulsów, wymusza zmianę zachowań, choć często bez zmiany motywów. W chwilach kryzysów daje chwilową ulgę, poznawczą pewność; „aha, jestem w nawrocie” i wiem, co robić.

Często dzieje się tak przez wiele lat. Wymaga to ciągłego wzmocnienia strategii przetrwania i podtrzymywania tożsamości narkomana i alkoholika. Abstrahując w tej chwili od konsekwencji, rzeczywistość jest to sposób na utrzymywanie abstynencji i zmianę zachowania. Pozwala również odzyskać poczucie godności (Kaczmarczyk, 2012). Życie w oparciu o wiedzę bardziej niż o własne doświadczenia potrzebuje jednak wciąż języka tej samej wiedzy. „Jestem tym, kim się dowiedziałem, że jestem”. Pacjenci z długoletnią abstynencją posługują się często interpretacją własnych i cudzych zachowań w tym zapośredniczonym „języku trzeźwienia”. Wyjaśnienie daje im ulgę, głównie przez powiązanie skutkowo-przyczynowe. Ten kierunek rozumienia uzależnienia był również moim udziałem. Dziś wiemy, że w przypadku doświadczeń posttraumatycznych podejścia poznawcze mają niską skuteczność (van der Kolk).

CO NA TO MÓZG?

Górna droga regulacji, w rozumieniu zdolności struktur korowych do hamowania, przetwarzania i organizowania impulsów i emocji płynących z dolnych – podkorowych struktur tj. układ limbiczny jest potrzebna, ale ma wiele ograniczeń. Droga regulacji w rozumieniu – od niższych struktur mózgu do struktur korowych – związana jest z uruchomieniem całego aparatu biorącego udział w przetwarzaniu doświadczeń, co dynamizuje rozwój i utrwała efekty (Cozolino, 2017). Psychoterapia doświadczeniowa skoncentrowana na Osobie i emocjach wspiera więc procesy integracji, a tym samym usprawnia współpracę między nimi, adekwatnie do osobistych doświadczeń pacjenta.

W efekcie pojawia się znaczeniowy zapis o tym „kim się staję i dlaczego tak przebiegało moje życie”. Już po kilku sesjach takiej pracy pojawiają się często nowe informacje, które „przynoszą” emocje w reakcji na bieżące doświadczenie. Potwierdzają to również badania efektywności terapii. Psychoterapia jest przestrzenią, w której następuje emocjonalny rozwój, w której dochodzi do stymulowania neuroplastyczności i integracji neuralnej. Tak więc psychoterapeuta używa biologicznych mechanizmów do leczenia chorób psychicznych (LeDoux, 2002; za: Grawe, 2007). Integrując doświadczenia, włączając je w obszar refleksji nad sobą, pobudzamy zdolności do aktualizowa-

nia zasobów całego organizmu. Taką pracą wymaga szczególnych warunków, przede wszystkim zabezpieczenia całego procesu (relacja, sojusz, kontrakt, bezpieczeństwo). Sprzyja jej postawa i kompetencje terapeuty, zdolnego do otwartości i wyżej opisanej obecności w trakcie sesji z pacjentem (Greenberg, Geller, 2011). Emocje, jak mówią terapeuci doświadczeniowi, są sercem zmiany, ale można już dodać, że jej celem jest mózg. Ten kierunek wydaje mi się jedną z odpowiedzi nie tylko na jego „leczenie”, ale zdolność do doświadczania obecności. Pacjenta i terapeuty.

Bibliografia

1. Cierpiałkowska L, Kubiak J., *Niespecyficzne czynniki leczące, a efektywność terapii alkoholików*, [w:] *Nauka nr 2*; 2010 r
2. Cozolino, L. *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*. W.W. Norton. 2017
3. Cozolino L. *The Neuroscience Of Psychotherapy: Healing The Social Brain (2Nd Ed.)* [e-book]. New York, NY, US: W W Norton & Co; 2010.
4. Elliot, R, Watson J.C, Goldman R, Greenberg L., *Psychoterapia skoncentrowana na emocjach*, IPZ. Warszawa, 2009
5. Geller, S. M., & Greenberg, L. S. *Therapeutic Presence: A Mindful Approach to Effective Therapy (1 edition)*. Washington, DC: Amer Psychological Society. 2011
6. Grawe K. *Neuropsychotherapy: How The Neurosciences Inform Effective Psychotherapy* [e-book]. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007.
7. Greenberg L, Watson J. *Terapia depresji skoncentrowana na emocjach*, Gdańsk, Harmonia Uniwersalis, 2012
8. Jakubczyk A., *Wpływ etanolu na ośrodkowy układ nerwowy* [w:] *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, red. Wojnar M., Warszawa, Wydawnictwo PARPA, 2017
9. Kaczmarczyk., *I. Wspólnota AA w Polsce*, Warszawa, Wydawnictwo Eneteia 2008
10. Kaczmarczyk., *I. Terapeutyczne oddziaływanie Wspólnoty AA* [w:] *Psychoterapia pogranicza* red. Grzesiuk L., Suszek H., Warszawa, Wydawnictwo Eneteia, 2012
11. *Materiały z warsztatów L. Greenberga oraz organizowanych przez Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej INTRA seminariów naukowych, warsztatów, konferencji i wystąpień*; K. Renders, C. Missiaen, M. Warner, M. Mandecka.
12. Mearns D, Thorn B. *Terapia skoncentrowana na Osobie*, Kraków, Wydawnictwo UJ, 2010
13. Van der Kolk, B. *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca, 2018



Ireneusz Kaczmarczyk
– dr socjologii, psychoterapeuta (PCE Europe), superwizor grupowego treningu PTP, superwizor psychoterapii uzależnień. Współpracuje z ośrodkiem INTRA, SENSUM. Uczy warsztatu w SPH – INTRA, STU CARE BROK, Centrum CBT-EDU.