

*Wydaje się, że psychoterapia osób uzależnionych i członków ich rodzin jest szczególnie wymagającą dziedziną ze względu na siłę i kaliber krzywdy i winy, z którą pracujemy...*

Agnieszka Litwa-Janowska

# CO NAM PRZESZKADZA WZIAĆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ?

## PSYCHOLOGICZNE TŁO MARGINALIZACJI PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ

### Rzecz wprowadzająca, osobista

Na zaproszenie organizatorów, podczas odbywającej się w maju br. w Sejmie RP konferencji podjęłam się próby opisanie możliwych i być może istotnych źródeł trudności w porozumieniu i dojrzałej współpracy podmiotów współtworzących ramy leczenia uzależnień. Wahałam się, czy podjąć się tego zadania i co właściwie miałyby być treścią mojego wystąpienia. Miałam duże wątpliwości, pomyślałam jednak, że być może warto przedstawić to, co od ponad dwudziestu pięciu lat jest moim doświadczeniem pracy w różnych rolach i zadaniach – zarówno terapeutycznych, jak i szkoleniowych czy organizacyjnych. Uznałam, że może to być kanwą do wniosków, którymi jednak warto się podzielić.

Ten osobisty czas przyniósł mi, będącej częścią szerszego systemu, materiał do rozumienia znaczeń poprzez możliwość inkluzji. Rozumiem ją tu jako bycie zanurzoną i uczestniczącą „w”, i równocześnie podejmującą jednocześnie ruch wyjścia „z” i spojrzenia z zewnątrz na rzeczywistość, w której leczymy, superwizujemy, współpracujemy, organizujemy, układamy zasady, normy, finansujemy, zarządzamy. Nie myślałam, że aż tak trudno będzie mi o tym mówić do uczestników konferencji. Sama tym byłam zaskoczona.

Wystąpienie miało być próbą analizy źródeł powtarzalnych procesów pęknięć i rozszczepień, opisem przyczyn odtwarzających się co jakiś czas i cyklicznie twórczych pomysłów i porażek. Wydaje się, że jakkolwiek przechodzenie od kryzysu do zmiany i rozwoju jest częścią ludzkich doświadczeń, to trudno nie zauważyć, że w leczeniu uzależnień siła i głębokość procesów kryzysowych na poziomie osobistym,

relacji wewnątrz zespołów, między instytucjami i podmiotami, bywa większa niż przeciętnie.

W toku mojej pracy zauważam i doświadczam skłonności do omnipotencji, autorytaryzmu, dewaluacji, nadmier-

nej kontroli, a czasem skłonności do impulsywnych odreagowań. W sobie i na zewnątrz dostrzegam pojawiającą się czasem jakąś skłonność do oskarżania, szukania przeciwnika, budowania obłądzonej twierdzy. W takich momen-



tach trudniej niż zwykle jest nam sięgać po zaufanie, podejmować współpracę, słuchać się i doceniać, szanować dorobek i autorytety. Zastanawiałam się, dlaczego.

Gdy spróbowałam to zjawisko opisać i mówiłam o tym podczas konferencji, pomyślałam, że tak rozumiane jest dla mnie – będącej częścią tego systemu i równocześnie próbującej go aktywnie analizować i zmieniać – czymś szczególnym, co porusza głębokie emocje. Wydawało mi się też, że i słuchaczom nie było łatwo skupić uwagę, być może także właśnie dlatego.

Z inicjatywy Irka Kaczmarczyka, Redaktora Naczelnego TUiW, zdecydowałam się ponowić próbę przekazania mojej perspektywy z nadzieją na to, że ktoś jeszcze odnajdzie tam część swoich trudności, własnego w nie wkładu, osobistych wątpliwości i nadziei. Możliwe, że w ten sposób kolejna nitka procesu reparacji odnajdzie się nie tylko w mojej osnowie.

### Próba rozumienia źródeł

Teza pierwsza: *Uraz psychiczny jest nieodłączną treścią doświadczeń systemu rodziny z problemem uzależnień.*

W rodzinie z problemem uzależnień chroniczny ból i cierpienie są doświadczane i zadawane sobie nawzajem, nie rzadko w sposób okrutny czy upokarzający, przez jej członków. Zazwyczaj towarzyszy temu wstyd, poczucie bezradności i niemocy, lęk, utrata zaufania i wiele innych zjawisk. Życie dorosłych i dzieci może stać się nie do zniesienia wskutek destrukcji i załamania więzi oraz poczucia bezpieczeństwa w domu rodzinnym. Ranią siebie nawzajem zarówno osoby uzależnione jak i współuzależnione oraz z syndromem DDA. Wskutek takich przewlekłych urazów poczucie krzywdy i winy połączone z utratą wiary w możliwość zmiany dominują zewnętrzną i wewnętrzną mapę bliskich relacji i porządku świata.

Nasi pacjenci wnoszą w przestrzeń sesji terapeutycznych dwie rzeczy. Pierwsza to poważny kaliber faktów z narracji życiorysowej. Przypominam sobie pacjentkę, córkę alkoholika stosującego przemoc. Żeby zrekonstruować fakty związane z tym, co robił jej ojciec, zaczynałyśmy od wymienienia części ciała – np. ręce: mówiła, że łamał je, bijąc kijem, stopy: „stawał na nich butem i miażdżył”, itd. Powoli i stop-

niowo wyłaniał się z pamięci bolesny i przerażający obraz krzywdy, maskowany wcześniej opowieścią o szczególnie czulej relacji z tatą, który bardzo o nią dba i kocha. Wiele czasu zajęło pacjentce przeżycie żaloby za utraconym obiektem.

Drugą rzeczą przyniesioną na spotkanie z terapeutą są potężne trudności w tworzeniu więzi opartej na szacunku dla granic i zaufaniu. Żywo w mojej pamięci tkwi opis pacjenta, którego żona i nastoletnie dzieci przywiązywały nieprzytomnego do kaloryfera, nasadzały mu śmieszne czapeczki na głowę i rysowały po twarzy flamastrem, by „mieć się z czego śmiać i poczuć ulgę”. Uważał, że na to zasługiwał, jednocześnie tłumił wściekłość i żal, co miało wpływ na sposób, w jaki korzystał z pomocy.

Z kolei inny z naszych pacjentów, syn hazardzistki, mówił, że nie może wyprowadzić się z domu, mimo że jest już dorosły, bo musi utrzymywać młodszego brata. Kupuje mu buty, szkolną wyprawkę, pilnuje domu przed komornikami. Bardzo trudno było mu systematycznie pojawiać się na sesjach, nie dowierzał, że terapeuta może dać mu coś wartościowego, bał się być psychicznie ograbianym. Długo trwało, zanim odważył się w terapii ufnie inwentaryzować swoje deficyty w relacji z matką.

Pacjenci z jednej strony marzą o byciu blisko w relacji z nami, doświadczaniu ciepła, zrozumienia, a równocześnie otrzymując to, walczą o kontrolę i dewastują więź. Lęk przed byciem skrzywdzonym, czy nadużyty, jak to miało miejsce w ich doświadczeniu w relacji z obiektami, owocuje poważnymi trudnościami w terapii. Ich chęć przejęcia kontroli, trudność w powierzeniu się, przeplatają się z pragnieniem głębokiej zależności, wręcz fuzji, a także fantazjami o idealnym, omnipotentnym obiekcie. To bardzo zatrzymuje proces dojrzewania i autonomizacji i wymaga czasu na reparację.

Nasze zadanie jako terapeutów wymaga zatem naprawdę potężnego osobistego kontenera. Wydaje się, że psychoterapia osób uzależnionych i członków ich rodzin jest szczególnie wymagającą dziedziną właśnie ze względu na rozmiar krzywdy i winy, z którą pracujemy.

Teza druga: *Milczenie i tajemnica to zjawiska psychologiczne charakterystyczne*

*dla traumy.*

J.L. Herman mówi o swoistej „wygodzie” zbiorowej amnezji, strategii odwracania oczu i spuszczenia zasłony milczenia: nie trzeba konfrontować winnych, zmieniać, angażować się.

Mechanizmy, które temu towarzyszą, to:

- Stłumienie
- Dysocjacja
- Zaprzeczanie

W ten właśnie sposób trauma z rodziny z problemem uzależnień (zarówno chemicznych jak i nie chemicznych) jest silnie obecna w społecznej przestrzeni. Zasłona wstydu przydaje się, by poczuć ulgę, „pomaga” oddzielić się od tych doświadczeń. Tak potęguje się siła tajemnicy, buduje się tabu, które:

- Wpływa na środowisko (dalsza rodzina, sąsiedztwo, społeczność lokalna, szkoła)
- Przenosi się na instytucje, organizacje
- Przenika do systemowych rozwiązań

Teza trzecia: *Istnieje osobista i społeczna tendencja do dyskredytowania lub usuwania w cień problemów związanych z traumatycznymi skutkami uzależnień.*

Nieprzetworzone, nierozliczone poczucie winy i krzywdy drenuje i dezorganizuje cały system, jest źródłem podziałów, zaprzeczania, wypierania ze świadomości indywidualnej i zbiorowej.

Kiedy o tym piszę, myślę z szacunkiem o moim zespole i naszych wewnętrznych trudnościach, z którymi przyszło nam się cyklicznie mierzyć. Z wdzięcznością wracam do postaci naszych superwizorów, którzy użyczyli nam swojej mądrości i pojemności, pomagając dostrzec, przeżyć i zrozumieć więcej niż dotąd. Jestem też myślami przy gronie osób działających w RSPU i mojej grupie superwizyjnej dla superwizorów, która nieraz ogarnia mnie życzliwą i uważną ramą. Dziękuję.

### Praktyka i konsekwencje

Choroba alkoholowa i inne uzależnienia wymagają leczenia, w dodatku wskazana jest praca z całym systemem rodzinnym. W wielu naszych ośrodkach bogactwem jest całościowość oferty dla uzależnionych od alkoholu, narkotyków, patologicznych hazardzistów czy osób z zaburzeniami nawyków i popędów oraz członków ich rodzin.

Jak już pisałam, podczas sesji terapeutycznej pacjent uzależniony, współuzależniony i z syndromem DDA wnosi potężną porcję zranień i cierpienia. Antidotum na nie ma być w ramach psychoterapii bezpieczna relacja z terapeutą, taka, w której zaufanie i więź będą wystarczające, by podjąć ryzyko pracy nad swoimi problemami.

Praca z traumą osób uzależnionych i członków ich rodzin jest niezmiernie trudna i obciążająca. Dlatego ważne, by niezależnie od stylu pracy, czy paradygmatu, w którym pracujemy, zawierała następujące elementy:

- Praca z lękiem, wstydem, poczuciem krzywdy i poczuciem winy, rozliczenie siebie i innych.
- Przywrócenie poczucia wpływu i mocy.
- Odbudowanie poczucia własnej wartości.
- Odbudowanie porządku świata.
- Odzyskanie zaufania do siebie, drugiego człowieka, instytucji, społeczności.
- Odzyskanie poczucia sensu, uporanie się z kryzysem egzystencjalnym.

To wymaga czasu. Krótkoterminowe technologie, czy programy leczenia, mogą u większości pacjentów przynosić poprawę wyłącznie płytką, objawową. Niestety, nie daje to na ogół szansy na ugruntowaną zmianę w pacjencie. Być może wydają się atrakcyjne, choćby przez to, że są tańsze, chętnie umieszczane pod omnipotentnym skądinąd szyldem „skutecznych i naukowo uodowodnionych”, jednak wydaje się, że nie zabezpieczą wystarczająco przed choćby nawrotami – wówczas cierpienie wraca, a niskie koszty leczenia okazują się ułudą, trzeba policzyć koszty przerwania leczenia lub wielokrotnych do niego powrotów. Zmiana wymaga wysiłku, zaangażowania obu stron w budowanie bliskiej „karmiącej”, opartej na zaufaniu i uczeniu autonomii relacji, to proces, którego etapów nie da się przyspieszyć. Wydaje się, że dobrze jest, gdy może trwać około dwóch lat. Niestety nie zawsze się to udaje, z przyczyn po stronie pacjenta lub terapeuty, czasem z powodów ograniczeń – np. braku finansowania, decyzji organizacyjnych w ośrodku, zmian kadrowych, czy wytycznych do ogłaszanych na leczenie projektów, zamykania placówek, lęku przed

nieprzewidywalnością zmian systemu lecznictwa ze wszystkimi tego konsekwencjami itp.

Wówczas pojawia się wysoka i nieprzeliczona cena nieleczenia, czy też leczenia „na skróty”.

W sytuacji, gdy nie jest lub nie może być uruchomiony wystarczający kontener, w psychologicznej przestrzeni relacji zalega lub nie mieści się trauma. W taki sposób nierozliczona wina i nieodżałowana krzywda naszych pacjentów niesie potężny ciężar nieprzyjętej odpowiedzialności, który jest podawany dalej. Co oznacza to „dalej”? Po stronie pacjenta to współpacjenci, rodzina, sąsiedzi, szkoła, praca, społeczność, kraj, po stronie terapeuty – zespół terapeutyczny w strukturze poziomej i pionowej, system instytucji pomagających, system lecznictwa, decydenci.

W tych systemach, od mikro – po cały kosmos w jakimś sensie dokonuje się utrwalenie fałszywego obrazu świata, odczuwalny jest ciężar tabu, pojawia się milczące przyzwolenie na destrukcję osobistą, rodzinną i społeczną. Trójkątem dramatyczny ofiara, prześladowca oraz wybawca wiruje i nie udaje się go powstrzymać, a tym bardziej z niego się bezpiecznie ewakuować. Trudno jest wyjść z tych pourazowych ról ku zdrowym, wartościowym relacjom, współpracy i podejmowaniu odpowiedzialności.

Jestem przekonana, że nienazywanie i niereagowanie na problemy uzależnień niesie za sobą zwielokrotnione koszty przewlekłych, zaniedbanych chorób, wypadków, przestępstw, rozpadu rodzin, problemów szkolnych i zawodowych, bezdomności, przemocy, problemów zdrowotnych, emocjonalnych dzieci, DDA. Tak więc opłaca się dostrzegać i inwestować w dobrą i stabilną ramę leczenia osób uzależnionych, współuzależnionych i DDA. Opłaca się przerywać milczenie, odkłamywać tabu, udrażniać pamięć i leczyć.

Powtórzę to świadomie, że z perspektywy naszego środowiska podstawowe znaczenie w terapii uzależnień ma zawsze relacja terapeutyczna – dobra, korektywna więź i bezpieczna baza, zaś wszelkie style, paradygmaty pracy, metodologia, techniki są wobec niej wtórne. Konieczna jest stała i systematyczna superwizja, wsparcie zespołu, współpraca wszystkich jego elementów, autorytet szefa, dbałość o sta-

bilne ramy organizacji, która leczy.

Chyba najlepiej traumatyczne prze-ciwnprzeniesienie w pracy terapeuty zajmującego się traumą zadaną doświadczaną w bliskich relacjach opisała J. L. Herman.

Destrukcja i trauma wnoszona oraz przepracowywana przez pacjentów zazwyczaj mocno rezonuje w terapeutcie i systemie, czyli w mikro i makrokosmosie środowiska leczenia.

Mogą pojawić się:

- Silne uczucia m.in. lęk, nienawiść, rozpacz,
- W sferze relacji: nieufność, nadmierna wrażliwość, katastrofizowanie,
- Bezradność i zwątpienie wobec siebie, pacjenta,
- Branie nadmiernej odpowiedzialności za pacjenta, utrata granic w relacji z nim,
- Przyjęcie postawy omnipotentnej, chęć bycia kimś wyjątkowym,
- Ryzyko wtórnego PTSD.

### Bezpieczna baza

„BHP” pracy terapeuty zawiera w sobie wewnętrzne i zewnętrzne czynniki.

Oparcie wewnętrzne osobiste i „mikrokosmosu” organizacji (ośrodek, stowarzyszenie, miejsce pracy) tworzą:

- Osobiste zasoby
- Rozwijanie kompetencji
- Dbałość o rozwój zawodowy
- Etyka, a z nią odpowiedzialność zawodowa
- Regularna superwizja, także po zakończonym procesie szkoleniowym
- Zespół terapeutyczny wraz z jego liderami – wymiana i wsparcie

Oparcie zewnętrzne tworzą:

- Stowarzyszenia zawodowe
- Ruchy samopomocowe, kluby abstynenta
- Pokrewne instytucje zapewniające: wsparcie medyczne, profilaktykę, pomoc społeczną, duchową, rehabilitację
- Struktura organizacyjna lecznictwa uzależnień
- Samorządy
- NFZ
- Rząd, Ministerstwo Zdrowia i jego Agencje (PARPA i KBdSPN)
- Sejm i Senat
- Ramy ustawowe i instytucjonalne.

W. Kahn mówi o tym, jak intensywnie organizacje pomocowe, w naszym przypadku ośrodki leczenia uzależnień,

czy instytucje pośredniczące w leczeniu, takie, z których ról i zadań wynika zadanie wspierania leczenia osób uzależnionych i ich rodzin – będąc częścią większej całości, nasiąkają procesami rzeczywistości, w której są osadzone. Tak więc potężną siłą oddziałującą na naszą pracę z pacjentami, nasze zespoły terapeutyczne, są procesy rozgrywające się w skali środowiska zewnętrznego. Mogą dotyczyć zarówno realiów leczenia uzależnień np. zmiany zasad finansowania, wymagań płatników, postawy osób kierujących

instytucjami nadrzędnymi, niepewności dalszego bytu lub sprzeczne informacje, jak i zjawiska działające na szerszym planie społecznym.

### Podsumowanie, wnioski, zachęta

W dialektyce krzywdy i winy, leżącej u podstaw pracy z osobami uzależnionymi i ich rodzinami, niezbędna jest świadoma i stabilna rama społeczna oraz bezpieczna baza instytucjonalna.

Zajmowanie się traumą to historia cyklicznej amnezji, w której uwaga

i zaangażowanie przeplatają się z okresami niepamięci i tabu. Warto zatem pamiętać o ryzyku odzwierciedlenia funkcjonowania ofiary, tj. przechodzenie od pograżania się w traumie po skrajne odrętwienie.

Pochwała stanu rzeczy w Polsce:

- Wysoka jakość i skuteczność leczenia uzależnień chemicznych i niechemicznych
- Terapia dla członków rodzin – współuzależnionych i DDA
- Praca z przemocą „na miejscu”, tj. bez konieczności odsyłania pacjen-



tów gdzie indziej

- Wysoko wykwalifikowane kadry i bogata oferta

- Państwowa ranga certyfikatu.

Przykłady amnezji:

- Brak ustawy o zawodzie
- Brak komisji ds. Etyki przy PARPA
- Trudność uzgodnienia ścieżki kształcenia superwizorów
- Przeznaczanie przez wiele samorządów większości środków z tzw. korkowego na inne cele
- Najmniejsze spośród innych dziedzin medycznych opłacanie nadwykonań przez NFZ
- Brak superwizji w tzw. koszyku świadczeń w NFZ
- Niska i niewystarczająca wycena pracy terapeutów uzależnień
- Brak samorządu zawodowego na wzór izb lekarskich.

Aktualnie od dłuższego już czasu destabilizuje nas lęk przed przyszłością i marginalizacją, który przenosi się na naszą pracę, osłabia zespoły i terapeutów i nie służy pacjentom. Pojawiają się pozostające od dłuższego czasu bez odpowiedzi pytania o finansowanie, strukturę, miejsca pracy, jednym słowem o nasz byt.

Te aspekty zwrótnie nasilają wszystkie zjawiska, z którymi pracujemy. W efekcie owocują osłabieniem i dekonstrukcją ramy wewnątrz naszych miejsc pracy i nasilaniem zastoju, bezruchu. W czasie gdy inni (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni) organizują się i negocjują opłacanie swojej pracy, nasze środowisko zerka na struktury odgórne, oddolnie raczej czekając, co dalej z nami będzie... Uruchamia się niewielu, często w klimacie podważania intencji i nieufności.

Od nas zależy, czy wystarczająco zreflektujemy źródło trudności i poszukamy możliwości zmiany, zaczynając ją tam, gdzie jest to możliwe, czyli w sobie.

Kilka lat temu zadałam sobie pytanie, dlaczego nie istnieje od wielu lat komisja etyki, czemu nie ma kształcenia superwizorów, brak izby zawodowej? Zastanawiałam się, co powoduje, że jako środowisko popadliśmy w leżący, czekając, że nasze nadrzędne instytucje wszystko załatwią za nas, zorganizują? Mocna, dojrzała rama to wzajemna wymiana i współdziałanie trzech czynników: pacjent – terapeuta – instytucja. Dialog tych trzech podmiotów daje szansę na stworzenie wystar-

czających warunków do zmiany.

W grupie superwizorów postanowiliśmy wziąć za to odpowiedzialność, zamiast czekać i utyskiwać, podjąć inicjatywy i działania naprawcze w kształtowaniu naszego środowiska, tak by działało i rozwijało się w sposób lepiej kontenerujący urazowe doświadczenia osób, dla których je współtworzymy.

Właśnie po to, by przełamać impas, powstała w 2013 roku w oparciu o porozumienie czterech towarzystw zajmujących się uzależnieniami – Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień.

Od tego czasu w udało nam się wiele rzeczy zrealizować, to m.in.:

- Utworzenie Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień,
- Powołanie Komisji ds. Etyki przy RSPU,
- Wprowadzenie ścieżki szkolenia superwizorów – aplikacja, kończąca się przyznaniem tytułu superwizora,
- Sformułowanie propozycji zmian ustawowych dotyczących superwizji,
- Akcja 3 x TAK jako forma rekomendacji placówek i zespołów terapeutycznych, które poddają się superwizji, podnoszą swoje kwalifikacje oraz przynależą do stowarzyszeń, dbają o odpowiedzialność zawodową,
- Organizowanie corocznych zjazdów superwizorów psychoterapii uzależnień,
- Zorganizowanie dla naszego środowiska konferencji na temat etyki w psychoterapii uzależnień,
- Nawiązanie współpracy z superwizorami SN PTP oraz PTP,
- Obecność na posiedzeniach Zespołu Parlamentarnego ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień i przedstawianie swojego stanowiska z perspektywy terapeutów uzależnień w wielu kluczowych sprawach,
- Próby podjęcia dialogu środowiska z samorządem, NFZ, Ministerstwem i jego Agencjami – PARPA i KBdsPN, posłami.

(więcej informacji o działalności rady zawiera strona [www.radasuperwizorow.pl](http://www.radasuperwizorow.pl))

Właśnie teraz, gdy ważą się losy leczenia uzależnień, mamy okazję zrezygnować z zastoju, zreflektować swoje mechanizmy, szukać dróg, by się zintegrować i dbać o swoje sprawy, tak jak

czyni to aktualnie wiele innych grup zawodowych ze środowiska medycznego, zamiast się atakować, podejrzewać o złe intencje, by projektować na zewnątrz nasz niepokój.

Uważam, że naszym wspólnym zadaniem jest troska o to, by:

- analizować na bieżąco pojawiający się zastój i impas i nie przekształcać naszych środowisk w magazyn traum,
- chronić równowagę w naszych organizacjach i zapobiegać narastaniu przewagi funkcji kontroli wobec opieki i wsparcia,
- współpracować i słuchać się nawzajem, pamiętając o wspólnych celach i wartościach i szukając wspólnych mianowników,
- afirmować przywracanie pamięci, równowagi i umożliwić wzięcie odpowiedzialności za zmianę i rozwój w kierunku trzeźwego funkcjonowania osób, rodzin, społeczności.

Jako terapeuci jesteśmy współodpowiedzialni za stabilność, spójność systemu leczenia uzależnień, równowagę i dialog w nieuchronnym wprowadzaniu zmian. Mamy wpływ na to, by nasz głos liczył się w dialogu społeczno-instytucjonalnym. Warto, by ten dialog nie odbywał się ponad naszymi głowami.

#### Bibliografia:

1. Herman J.L.: *Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi*, GWP, Sopot 2003;
2. Kahn W.A.: *„Holding fast. The struggle to create resilient caregiving organisations”*, Brunner-Routledge 2005;
3. Litwa A.: *„Diagnozowanie Syndromu DDA”* w: *„Uzależnienia w praktyce klinicznej – zagadnienia diagnostyczne”*, Bętkowska – Korpała B. (red) PARPA Pramedia W-WA 2009;
4. Mellibruda J.: *„Pułapka niewybaczony krzywdy”*, IPZ PTP, W-wa 1999;
5. Salter A.C.: *„Pokonywanie traumy”*, Media Rodzina, Poznań 2003;
6. Monbourquette J. OMI: *„Jak przebaczać? Droga poprzez 12 etapów przebaczenia”*, Wyd. „M”, Kraków 1996;
7. Wegscheider-Cruse S.: *„Nowa szansa – nadzieja dla rodziny alkoholowej”*, IPZ PTP, W-wa 2000;



**Agnieszka Litwa-Janowska**

– psycholog, superwizor i specjalista psychoterapii uzależnień, psychoterapeuta PTP. Zajmuje się teorią i praktyką psychoterapii syndromu DDA, a szczególnie analizą wpływu traumy na więź. Prezes Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień. Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień.