

Jan Chodkiewicz*, Antoni Pisarski**

PODEJŚCIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNE W TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN ALCOHOL ABUSE

*Instytut Psychologii UŁ, Zakład Psychologii Zdrowia

Kierownik: prof. dr hab. Zygfryd Juczyński

**Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi

Kierownik: lek. med. Paweł Czerniak

**cognitive-behavior therapy
alcohol dependence**

W pracy omówiono model poznawczo-behawioralny leczenia uzależnienia od alkoholu. Dokonano przeglądu literatury dotyczącej roli przekonań i oczekiwań w utrzymywaniu abstynencji. Ponadto przedstawiono, stworzone przez autorów na podstawie koncepcji A. Ellisa i A. Becka techniki stosowane w leczeniu uzależnienia – trening racjonalnego myślenia i pracę z myślami utrudniającymi trzeźwienie.

Summary: The article provides information on cognitive-behavioural therapy of alcohol abuse. The literature concerning beliefs and expectations of roles in keeping of abstinence was reviewed. Furthermore it describes the author's techniques which are made on the ground of A. Ellis' and A. Beck's concepts. These techniques are used in alcohol abuse therapy- the rational way of thought training and working with thoughts which make sobering difficult

Wprowadzenie

Terapia poznawczo-behawioralna staje się coraz popularniejszą formą pomocy psychologicznej, uważana jest nawet za najbardziej dynamicznie rozwijającą się dziedzinę psychoterapii [1-3]. Zwraca się uwagę na jej zalety, między innymi krótkoterminowość, a co za tym idzie, niskie koszty leczenia, oraz zorientowanie na cel i ustrukturalizowanie, pociągające za sobą możliwość empirycznej weryfikacji wyników psychoterapii [4]. Terapia ta, stosowana początkowo w leczeniu depresji i zaburzeń nerwicowych [głównie lęku napadowego], jest obecnie stosowana również w leczeniu zespołu stresu pourazowego [PTSD], modyfikacji zachowań patogennych u pacjentów kardiologicznych, a nawet uważana jest za metodę pomocniczą w terapii schizofrenii [1, 2, 5, 7].

Obok wymienionych powyżej zastosowań, terapię poznawczo-behawioralną stosuje się również w leczeniu uzależnienia od alkoholu [i innych uzależnień], choć w Polsce podejście to nie jest popularne. W ujęciu poznawczo-behawioralnym uzależnienie traktowane jest jako nieprzystosowawczy nawyk, wyuczony wzorzec zachowania. Nawyk może wprawdzie prowadzić do poważnych następstw (nawet zagrożenia dla życia), jednak podlega zmianie.

W tym celu wykorzystuje się różne techniki poznawcze, metody samokontroli i strategie radzenia sobie ze stresem. Uzależnienie nie jest nieuleczalną chorobą. Osoba uzależniona jest zdolna do odzyskania utraconej wcześniej kontroli nad swymi zachowaniami, a jej zachowanie nie jest równoznaczne z tym, kim jest [„mam lub miałem problem z alkoholem, a nie jestem alkoholikiem”]. Alkohol nie jest dla uzależnionych „alergenem”¹, a więc czynnikiem, którego obecność sama w sobie wywołuje magiczne i nieodparte pragnienie picia, jest natomiast czynnikiem, który może, ale nie musi prowadzić do wyzwolenia ciągu procesów myślowych, emocjonalnych i behawioralnych zakończonych picciem. To, czy tak się stanie, zależy w dużej mierze od posiadanych przez jednostkę przekonań i oczekiwań [8-14].

Między zwolennikami ujęcia poznawczo-behawioralnego a zwolennikami „modelu choroby” (zwolennicy „modelu choroby” uważają uzależnienie za nieuleczalną chorobę polegającą m.in. na nieodwracalnej utracie kontroli nad picciem i własnym życiem, stąd osoby uzależnione muszą utrzymywać abstynencję do końca życia) toczy się od wielu lat nierozstrzygnięty spór dotyczący sposobu prowadzenia terapii oraz możliwości picia kontrolowanego. W naszym kraju w leczeniu odwykowym powszechnie przyjęty jest „model choroby”. Zakłada się jednak możliwość poszukiwania wspólnych mianowników wykorzystujących wartościowe elementy obydwu ujęć [15].

Rola przekonań i oczekiwań w utrzymywaniu abstynencji

Ujęcie poznawczo-behawioralne przypisuje podstawową rolę w regulacji ludzkich zachowań procesom poznawczym, a zwłaszcza przekonaniom i oczekiwaniom, czyli relatywnie trwałym strukturom poznawczym, na które wpływają doświadczenia jednostki [5]. Przekonania uważane są za istotny czynnik wpływający na proces zaangażowania się człowieka w zmianę dotychczasowych zachowań i jego nastawienie w stosunku do tej zmiany [14]. Znaczenie przekonań i oczekiwań w funkcjonowaniu alkoholików oraz utrzymywanie przez nich abstynencji uzasadniają wyniki przeprowadzonych badań. Wykazano między innymi, że oczekiwania co do pozytywnego działania alkoholu pozwalają na przewidywanie nadużywania tej substancji [16]. Samo przekonanie o picu alkoholu, gdy w rzeczywistości uzależnionym podawano placebo, spowodowało obniżenie lęku społecznego i wzrost pobudzenia seksualnego. Stany te były mniej nasilone u osób, które były przekonane, że piją napój bezalkoholowy, choć w rzeczywistości zawierał on alkohol [17]. Hull i Bond [za: 16] stwierdzili, że na kontynuację picia alkoholu przez uzależnionych wpływa głównie przekonanie, że już się go wypilo, niezależnie od tego, czy tak było w rzeczywistości. Zdaniem autorów, wniosek ten pozostaje w sprzeczności z poglądami mówiącymi, że sam kontakt z alkoholem prowadzi do utraty kontroli.

W innych badaniach stwierdzono, że osoby nadużywające alkoholu mają odmienne przekonania dotyczące jego bezpośredniego działania, negatywnych konsekwencji picia, powszechności prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, wielkości różnorodnych zagrożeń związanych bezpośrednio z sytuacją picia [18, 19]. Badania polskie [20] pokazały, że młodzież nadużywająca alkoholu i paląca papierosy ma specyficzny, odrębny system przekonań dotyczący wielu aspektów rzeczywistości. System ten stanowi poważne zagrożenie dla jej zdrowia fizycznego i psychicznego.

— W odniesieniu do utrzymywania abstynencji, Murphy i Hoffman [21] wykazali

¹ uznanie alkoholu za „alergen” zarzucają zwolennikom „modelu choroby”

istotny wpływ przekonań związanych z poczuciem własnej wartości na przestrzeganie abstynencji przez 3 lata od zakończenia terapii. Wiele badań wskazuje na pozytywną rolę przekonań związanych z poczuciem własnej skuteczności. Wykazano, że poczucie własnej skuteczności jest predyktorem zachowania abstynencji, pozwala lepiej przewidywać jej utrzymanie niż takie czynniki, jak głębokość uzależnienia czy ilość alkoholu wypijanego przed leczeniem [22-26].

Oczekiwania i przekonania stają się podstawowymi wyznacznikami przewidywania nawrotów picia. Podjęcie abstynencji pozwala jednostce doświadczyć wzrostu subiektywnego poczucia kontroli oraz poczucia własnej skuteczności. Poczucie to utrzymuje się do momentu znalezienia się w sytuacji podwyższonego ryzyka. Jeśli jednostka poradzi sobie z problemem prawdopodobieństwo nawrotu maleje, a dalej wzrasta poczucie własnej skuteczności. Z czasem zwiększa się liczba sytuacji ryzyka, z którymi jednostka radzi sobie bez alkoholu, dalej więc umacnia się jej poczucie własnej skuteczności i wiara w zdolność radzenia sobie. Dla utrzymania abstynencji kluczowe jest podwyższenie umiejętności zaradczych pacjenta oraz poczucia własnej skuteczności. Zgodnie z tą koncepcją pojedyncze „wpadki” [zapicia] w 90 proc. kończą się nawrotem choroby nie dlatego, że zadziałał „alergen”, lecz dlatego, że wypicie alkoholu spowodowało nagły spadek poczucia własnej skuteczności, który u wielu uzależnionych i tak jest niski na skutek wcześniejszych, nieudanych prób podjęcia abstynencji. Ponadto może działać przekazane w trakcie terapii przekonanie (oparte na zasadzie „wszystko albo nic”), że wypicie niewielkiej dawki alkoholu nieodwołalnie musi skończyć się nawrotem choroby [14, 27 28].

Trening myślenia racjonalnego i praca z myślami utrudniającymi trzeźwienie

W Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi proponuje się pacjentom dwie techniki terapeutyczne, nazwane treningiem myślenia racjonalnego oraz treningiem pracy z myślami utrudniającymi trzeźwienie. Za Bandurą [29, 30] założono, że przekonanie o własnej skuteczności można uzyskać poprzez bezpośrednie lub pośrednie doświadczenie oraz przez werbalną perswazję. Ponadto wiadomo, że poczucie to podlega stałej rewizji w zetknięciu z nowymi doświadczeniami, które powodują jego zmniejszanie się bądź prowadzą do jego wzrostu.

Celem treningów było nauczenie pacjentów monitorowania własnych sposobów myślenia, zarówno w codziennych sytuacjach, jak i podczas występowania głodu alkoholu, czy innych problemów pojawiających się w trakcie własnego trzeźwienia. Założono, że uczenie pacjentów zwracania uwagi na własne automatyczne myśli, pokazanie im sposobów racjonalnego dyskusowania z samym sobą (prowadzenie własnego monologu wewnętrznego), może dostarczyć skutecznego narzędzia w radzeniu sobie z problemami i obciążeniami wynikającymi zarówno z uzależnienia, jak i codziennych stresów. Narzędzie to może utrwalić przekonanie o własnej skuteczności, a dzięki temu poprawić funkcjonowanie po zakończeniu terapii, wiadomo bowiem, że żadna terapia nie jest w stanie przygotować uzależnionych pacjentów do stawiania czoła wszystkim wyzwaniom i problemom, z którymi się zetkną.

Trening racjonalnego myślenia oparto na koncepcji ABCDE A. Ellisa [31] oraz terapii uzależnień Becka i wsp. [5]. Trening, pomyślany jako zajęcia grupowe, odbywa się w dwóch turach, przedzielonych co najmniej tygodniową przerwą. Jest przeznaczony zarówno dla

osób uzależnionych, jak i członków ich rodzin. W trakcie pierwszych zajęć pacjenci są zapoznawani (w formie edukacji) z teorią powstawania zaburzeń na podstawie dysfunkcjonalnych przekonań [ABCDE], z metodami obserwacji własnych automatycznych myśli i dyskusowania z nimi. Uczestnicy pracują wspólnie nad przetwarzaniem irracjonalnych przekonań w racjonalne, a następnie zajmują się sytuacjami z ich własnego życia, które sprawiają im obecnie najwięcej problemów. Rezultatem pracy jest sformułowanie „zadania domowego”, czyli konkretnego zachowania wynikającego z „nowego” sposobu myślenia, które pacjent ma wprowadzić w życie do następnego spotkania. Zadania domowe są okazją do zbierania informacji, sprawdzania irracjonalnych przekonań i wypróbowywania nowych zachowań. W trakcie zajęć uczestnicy wspólnie dochodzą do potencjalnych rozwiązań oraz przyjmują te z nich, które uznają za możliwe do wprowadzenia w swoje życie.

Drugie zajęcia służą sprawdzeniu „zadań domowych”, przyjrzeniu się trudnościom w trakcie ich realizacji, oraz sformułowaniu dalszych zadań, zgodnych z wyuczonymi sposobami myślenia. Dla pacjentów uczestniczących w treningach organizuje się również spotkania po upływie dłuższego czasu (np. po pół roku) celem przyjrzenia się realizacji programu „racjonalnego myślenia” w codziennym życiu. Wielu z nich (choć oczywiście nie wszystkim) udaje się z powodzeniem stosować wyuczone w trakcie zajęć zasady w stresowych sytuacjach; zauważają oni również pozytywne zmiany w zakresie własnego odbioru rzeczywistości.

Trening pracy z myślami utrudniającymi trzeźwienie jest oparty na koncepcji poznawczego leczenia uzależnień Becka i wsp. [5] i przeznaczony wyłącznie dla osób uzależnionych. A. Beck uważa, że w leczeniu pacjentów uzależnionych o wiele ważniejsza jest modyfikacja ich systemu przekonań niż nauka unikania sytuacji ryzykownych, których i tak nie da się przewidzieć i które mają dla każdego odmienne znaczenie [5]. Trening składa się z kilku cotygodniowych spotkań, z których każde poświęcone jest pracy z przekonaniem dotyczącym różnych aspektów trzeźwego życia. Na początku pacjentów zapoznaje się (podobnie jak w treningu racjonalnego myślenia) z zasadami powstawania zaburzonego zachowania na bazie irracjonalnych myśli, koncentrując się na powiązaniu automatycznych myśli i sytuacji prowadzących do picia. Pacjenci uczą się prowadzenia „dziennika myśli” [5], co stanowi pierwsze zadanie domowe przeznaczone do realizacji w ciągu całych zajęć (a także po ich zakończeniu). Kolejne spotkania służą szczegółowym aspektom własnego, trzeźwego funkcjonowania. Analizuje się m.in. akceptację własnego uzależnienia (przykładowe myśli: „jestem niepełnowartościowym człowiekiem”, „otoczenie jest zakłopotane z powodu mojej choroby”, „prawdziwy mężczyzna powinien od czasu do czasu się napić”), głód alkoholu („jak pojawia się głód, nie mogę nic zrobić”, „nie wytrzymam głodu, jeśli nie wypiję”), abstynencję („życie bez alkoholu jest nudne”, „na dłuższą metę nie da się być trzeźwym”), satysfakcję życiową („odkąd nie piję, nic mnie nie cieszy”, „nie umiem się bawić bez alkoholu”), nawroty („gdy zbliżą się święta na pewno będę miał nawrót”).

W celu identyfikacji automatycznych myśli (poza wspólną dyskusją) stosuje się różnorodne kwestionariusze, m.in. Skalę Akceptacji Choroby Feltona i wsp. [32, 33], oraz kwestionariusze autorstwa Becka i wsp. [5] dotyczące głodu i nawrotów choroby. Podobnie jak w treningu myślenia racjonalnego, pacjenci wspólnie pracują nad racjonalnością myśli, których dotąd byli pewni, analizując sytuacje związane z abstynencją, które zdarzyły się od

ostatniego spotkania oraz te, które mogą zaistnieć w najbliższym czasie, planując możliwe sposoby myślenia i zachowania.

Podsumowanie

W pracy poświęconej poznawczej terapii uzależnień Beck przytacza interesującą analogię (często występującą również w przypadku zachowań suicydalnych). Uważa, że w parlamencie, przy rozstrzygnięciu jakiegoś „za” lub „przeciw”, wystarczy nieraz niewielka większość głosów, aby przesądzić o wyniku: „jeden głos po stronie »tak« przeciw »nie« może czasem decydować o długofalowych następstwach (nawet wojnie lub pokoju). Każdy pojedynczy głos jest więc bardzo ważny. Poprzez zmianę stosunku »tak« do »nie« można zastopować gwałtowny proces. W przypadku wypowiedzenia wojny wysiłek zdobycia paru pokojowych głosów może jej zapobiec. W przypadku uzależnienia mobilizacja głosów za abstynencją może zmienić tendencję do konsumpcji. Długoterminowo ważne jest naturalnie zdobycie solidnej większości, która utrzyma to rozstrzygnięcie” [5, s. 163].

Nasze doświadczenia wskazują, że wprowadzenie zajęć opartych na koncepcjach poznawczo-behawioralnych ma liczne korzyści dla uzależnionych pacjentów i ich rodzin, a nieraz dostarcza pacjentom „decydującego głosu”, który przesądza o ich określonych, szkodliwych zachowaniach. Większość alkoholików odbiera swoje uzależnienie, a także problemy życiowe, w sposób zewnątrzsterowny, myśląc np.: „nie mam żadnej kontroli nad tym”, „ta terapia prawdopodobnie nie pomoże, jak już wiele rzeczy wcześniej”, „niech coś ze mną zrobią w tym ośrodku”, „jestem i tak przegrany, nic się nie da zrobić”. Tych ukrytych i mocno ugruntowanych przekonań i obaw często nie komunikują swym (zwłaszcza bardzo dyrektywnym) terapeutom. Terapeuci z kolei niejednokrotnie koncentrują się na przekazaniu pacjentom przekonań opartych wyłącznie na teorii „alergenu” (niektóre zresztą są co najmniej dyskusyjne, np. zakaz używania kosmetyków zawierających alkohol, korzystania z restauracji, jedzenia cukierków z alkoholem etc.). Powoduje to niebezpieczeństwo spostrzegania własnej trzeźwości jako stanu pozbawionego radości i przyjemności, stanu wymagającego nieustannej wzmoczonej czujności, a wiadomo, że takie ujęcie przynosi nieraz efekty odwrotne od zamierzonych, choćby dlatego, że ludzie czują się wówczas nieustannie spięci i pozbawieni elementarnej wolności [15, 16]. Wspólne przyglądanie się automatycznym myślom, pojawiającym się w sytuacjach trudnych, pozwala zwiększyć poczucie bezpieczeństwa pacjentów i elastyczność ich reagowania. Zaczynają oni spostrzegać innych ludzi [także terapeutów] jako osoby, u których w określonych sytuacjach pojawiają się podobne do ich własnych automatyczne myśli, ale jednocześnie jako osoby, które różnorodnie wtedy reagują i zachowują się.

Nauczenie alkoholików zasad myślenia racjonalnego daje im do ręki praktyczne narzędzie, z którego mogą samodzielnie i elastycznie korzystać w trudnych sytuacjach, a dzięki temu zwiększać szansę na trzeźwe, a jednocześnie satysfakcjonujące życie. Identyfikacja i modyfikacja przekonań związanych z piciem i abstynencją (oraz innych irracjonalnych przekonań) powoduje wreszcie zmniejszenie natężenia przykrych stanów emocjonalnych takich, jak: złość, lęk, depresja, nuda i beznadziejność, które często prowadzą do picia.

Podkreślić należy, że zapoznanie z modelem poznawczym opiera się na zasadach edukacyjnych — a więc zasadach, do których pacjenci są już przyzwyczajeni, co podnosi

skuteczność oddziaływania — oraz że przekazywane w trakcie treningów treści nie stoją w sprzeczności z „modelem choroby”.

Opisane wyżej propozycje nie wyczerpują możliwych zastosowań koncepcji poznawczo-behawioralnych. Treningi poznawczo-behawioralne mogą być korzystne dla osób nadużywających alkoholu [nie spełniających kryterium uzależnienia], dla których tradycyjne podejście, oparte na „modelu choroby”, jest nieatrakcyjne i nie do przyjęcia i dla których brak, jak dotychczas, skutecznych propozycji terapeutycznych. Mogą stanowić również interesującą propozycję dla osób, które z różnych przyczyn nie są gotowe do walki z uzależnieniem, lub nie chcą przyjąć modelu opartego na teorii alergenu, modelu AA lub innych ściśle konfrontacyjnych metod leczenia [4, 12].

Piśmiennictwo

1. Dudek D, Zięba A, Dudek D. Zastosowanie terapii poznawczej i technik poznawczych w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. *Psychoter.* 2000; 4, 15: 55-61.
2. Kokoszka A, Popiel A, Sitarz M. Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychot.* 2000; 2, 13: 53-62.
3. Seligman M, Walkre EF, Rosenhan DL. *Abnormal psychology* (wyd. 4). New York: Norton & Co; 2001.
4. Lindenmayer J. Vorwort. W: Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese B, red. *Kognitive Therapie der Sucht* (deutsche Übersetzung). Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1997, s. 1-8.
5. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press; 1993.
6. Gulcz M, Polak M. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu wybranych zaburzeń lękowych: zespołu lęku napadowego i PTSD. *Now. Psychol.* 2002; 2: 30-49.
7. Potoczek A.: Oksfordzka poznawcza terapia lęku napadowego. *Psychoter.* 1997; 1, 100: 65-77.
8. Arend H. *Alkoholismus-Ambulante Therapie und Rückfall-Prophylaxe*. Weinheim: Beltz; 1994.
9. Barthels M. *Subjektive Theorien über Alkoholismus*. Münster: Aschendorf Verlag; 1991.
10. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1989; 56: 267-283.
11. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publications; 1984.
12. Lindenmeyer J. *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Verlag für Psychologie; 1999.
13. Marlatt GA. Coping and substance abuse: Implications for research, prevention and treatment. W: Shiffman S, Wills TA, red. *Coping and substance abuse*. New York: Academic Press; 1985, s. 54-82.
14. Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe. Verlag für Psychologie; 1992.
15. Mellibruda J. *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*. Warszawa: IPZ; 1999.
16. Baumaister RF, Heatherton TF, Tice DM. *Utrata kontroli*. Warszawa: PARPA; 2000.
17. Newlin DB. The antagonistic placebo response to alcohol cues. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 1985; 9: 411-416.
18. Agostinelli G, Miller W. Drinking and thinking. *J. Stud. Alcohol* 1994; 55: 327-337.
19. Pffefer J. An exploratory study of decision making as related to the tobacco smoking and alcohol use of eighth grades. *J. Alcohol Drug Educ.* 1993; 39: 111-122.
20. Bokszczanin A. Optymizm i spostrzeganie zagrożeń związanych z piciem przez młodzież pijącą alkohol i palącą papierosy. *Alkohol. Narkom.* 1998; 2/3/, 219-228.
21. Murphy S, Hoffman A. An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence. *J. Subst. Abuse* 1993; 5: 131-143.
22. Chodkiewicz J. Rola zasobów osobistych w utrzymaniu abstynencji przez mężczyzn uzależnionych od

- alkoholu. *Alkohol. Narkom.* 2001; 14: 2, 277-289.
23. Chodkiewicz J. Predyktory efektywności terapii mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Niepublikowana praca doktorska. Łódź; 2002.
 24. Di Clemente CC: Self efficacy and the addictive behaviors. *J. Soc. Clin. Psychol.* 1986; 4: 302-315.
 25. Risk F, Watzl H. Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Add. Beh.* 1983; 243-250.
 26. Sandahl C, Lindberg S, Ronnenberg S. Efficacy expectations among alcohol dependent patients — a Swedish version of the situational confidence questionnaire. *Alcohol*, 1990; 25, 1, 67-73.
 27. Marlatt GA, Gordon J. Relapse prevention — maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
 28. Seligman M. Co możesz zmienić, a czego nie możesz. Poznań: Media Rodzina; 1994.
 29. Bandura A. Social learning theory. New York: Prentice Hall; 1977.
 30. Bandura A.: Social foundation of thought and actions: a cognitive social theory. New York: Prentice Hall; 1986.
 31. Ellis A. Terapia krótkoterminowa. Gdańsk: GWP; 1997.
 32. Chodkiewicz J. Zaakceptować uzależnienie. *Ter. Uzależn. Wspólzależn.* 2002; 3: 24, 15-17.
 33. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. Warszawa: PTP; 2002.

Adres: Jan Chodkiewicz
Instytut Psychologii UŁ, Zakład Psychologii Zdrowia
ul. Smugowa 10/12
91-433 Łódź
tel. [42] 684-41-15, kom. 605 34 69 35, e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

