



Janusz Szeluga, psychiatra, specjalista medycyny morskiej i tropikalnej, kmdr por. rez. dr n. med. Absolwent WAM, którą ukończył w 1970 r. Służył w Jednostkach Lotnictwa Marynarki Wojennej oraz w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej w Oliwie. Pracował w różnych ośrodkach i klinikach psychiatrycznych w Trójmieście. W 1984 r. obronił pracę doktorską pt. „Studium stanu psychicznego załogi statku w długotrwałym rejsie morskim”. Odbił wiele rejsów jako lekarz. Najdalej popłynął na Tajwan i do Peru. Przełynął Cieśniny Duńskie, kanały: La Manche, Panamski, Sueski, Koryncki, Kiloński, Singapuru. Jest sternikiem jachtowym morskim i uprawia kitesurfing. Był wykładowcą na uczelniach wyższych w Trójmieście, w tym na UG. Opublikował ponad 50 prac naukowych. Od lat 70. zajmuje się różnymi technikami psychoterapeutycznymi, w tym hipnozą. Jego pasje to: malarstwo, miedziorytnictwo, podróże i poznawanie różnych kultur. Założył galerię u prezesa OIL dr. Dariusza Kutelli w Gdańsku. Nazwał ją imieniem płk. prof. Zdzisława Rydzyskiego.

DOI: 10.24292/01.NP.1013300620.2

Dylematy aksjologiczne w psychiatrii sądowej

Axiological dilemmas in forensic psychiatry

Janusz Szeluga¹, Piotr Pankiewicz², Rafał Miętkiewicz¹

¹Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna

²Gdański Uniwersytet Medyczny

*Prawdziwa sprawiedliwość,
działająca zgodnie z prawami
życia i prawdy, nie depreczuje honoru
ofiary, próbuje zrozumieć, jak
doszło do tego, że Syn Boży
(a wszyscy ludzie są dziećmi Bożymi)
został postawiony przed sądem.
Wilhelm Reich [1]*

STRESZCZENIE

Pozycja psychiatrii sądowej lub psychiatry w społeczeństwie jest związana z postawą społeczną wobec osób chorych psychicznie. Obecnie można zaobserwować zmianę tradycyjnego postrzegania roli psychiatrii i wizerunku psychiatry w społeczeństwie. Należy podkreślić, że proces ten obejmuje lekarzy wszystkich specjalności; jednak psychiatry są na pierwszym planie. Trudno zrozumieć przyczyny opinii bez spojrzenia na historię.

Słowa kluczowe: psychiatria sądowa, aksjologia, historia psychiatrii

NAJWAŻNIEJSZE

Przez bardzo długi czas w punktach zwrotnych w historii psychiatrii stawiali czoła wyzwaniom wykraczającym poza zwyczajowe zachowanie. Większość europejskich psychiatrów podąża za przykładem Philippe'a Pinela, francuskiego psychiatry z okresu wielkiej rewolucji.

HIGHLIGHTS

For a very long time, at turning points in history, psychiatrists faced challenges that went beyond usual behavior. Most European psychiatrists follow the example of Philippe Pinel, a French psychiatrist from the Great Revolution era.

ABSTRACT

The position of court psychiatry, or that of a psychiatrist in the society, is linked to the social attitude to persons who are mentally ill. Currently, we see a change in the traditional perception of the role of psychiatry and the image of a psychiatrist in the society. It must be highlighted that the process involves the whole medical profession; however, psychiatrists are at the forefront. It is difficult to understand the causes of opinions without looking at the history.

Key words: forensic psychiatry, axiology, history of psychiatry

WPROWADZENIE

Pozycja psychiatrii sądowej, a tym samym psychiatrii w społeczeństwie, zależy od tego, jaki stosunek zbiorowość ma do chorych psychicznie. Obecnie obserwuje się zmianę tradycyjnych wyobrażeń o roli psychiatrii i wizerunku psychiatrii w społeczeństwie. Należy podkreślić, iż proces ten dotyczy całej grupy zawodowej lekarzy, z tym, że psychiatrzy znaleźli się na jej czele. Trudno bez odwoływania się do historii zrozumieć przyczyny tych ocen i opinii.

Jak sięgnąć pamięcią, w okresach przełomów historycznych psychiatrzy stawali przed wyzwaniem przekraczającymi standardy zwyczajowych zachowań. Dla większości europejskich przedstawicieli tej specjalności wzorem do naśladowania jest francuski psychiatra z okresu wielkiej rewolucji – Philippe Pinel. Był on lekarzem w szpitalu psychiatrycznym w Bicêtre pod Paryżem, gdzie w okresie wielkiego terroru chronił m.in. arystokratów i księży. Szczególnym dowodem odwagi Pinela była postawa wobec inspekcji przeprowadzonej przez członka Komitetu Rewolucyjnego Couthona, grożącego mu śmiercią w przypadku wykrycia wśród pacjentów choćby jednego wroga rewolucji.

Skąd Pinel brał odwagę, aby przeciwstawić się terrorowi, narażając życie swoje i swoich bliskich na śmierć i nieszczęście? Dlaczego obrona życia ludzkiego była dla niego świętym obowiązkiem, imperatywem moralnym, ważniejszym niż lojalność wobec władzy? Jakie aksjomaty systemu wartości kazały mu dystansować się od lojalizmu? W rzeczywistości rewolucyjnej działania niezgodne z prawem prowadziły na gilotynę. Z jakich obszarów moralnych Pinel czerpał odwagę? Czy może był hazardzistą żyjącym w warunkach ekstremalnego stresu, rozkoszującym się kolejnym przeżytym dniem, gdy odwaga z wczoraj okazuje się zbyt małą, aby dać poczucie satysfakcji, i stawia nowe wyzwanie, aby jeszcze bardziej zaryzykować, do końca wierząc w swoje szczęście. Pinel stał się bohaterem, ale czy wzorem do naśladowania?

Imperatyw moralny Pinela można analizować w świetle tego, co proponuje Artur Schopenhauer. Píše on w swej rozprawie *O podstawie moralności* następująco [2]:

„(...) chociaż cierpienie jest mi danym tylko jako coś zewnętrznego, co dochodzi do mej świadomości za pośrednictwem wewnętrznego postrzegania, to jednak ja współodczuwam je razem z tym, kogo ono dotyka, odczuwam je jako swoje, nie w sobie jednak tylko w tym kimś innym. (...) granica między »ja« i »nie-ja« została chwilowo zniesiona – i w samej rzeczy, wtedy dopiero sprawa tego kogoś, jego niedostatek, nędza, jego cierpienia, mogą się stać bezpośrednio moim; przestaję go widzieć takim, jakim mi go pokazuje empiryczne postrzeganie, przestaję patrzeć nań jak na istotę obcą, obojętną i całkiem odrębną ode mnie – i wtedy, pomimo że czuję nie jego nerwami, niemniej cierpię w nim i razem z nim. Tylko w takim razie jego potrzeba, jego ból mogą oddziaływać na moje postępowanie, stać się pobudką do pewnych czynów; poza tym tylko moje własne cierpienia mogą oddziaływać na mnie w taki sposób. Proces ten, powtarzam, jest pełnym tajemnic: jest on bowiem czymś, z czego rozum nie może bezpośrednio zdać sprawy oraz jego przyczyny nie dają się wykryć za pomocą doświadczenia. A jednak jest on zjawiskiem powszednim”.

PSYCHIATRY WOBEC WYBORÓW MORALNYCH – PRZYKŁADY ZACZERPIĘTE Z HISTORII POLSKI

Zdaniem Jacka Bomby psychiatra podejmuje większość decyzji bez świadomego rozwiązania ich etycznego wymiaru [3]. Czasem, może nie dość często, znajduje się w sytuacji poruszającej jego indywidualną wrażliwość moralną. Jednakże z teoretycznego punktu widzenia jednoznaczne rozwiązanie jego wątpliwości nie nastąpi, gdyż problemy moralne cechują się nieprzekraczalnymi sprzecznościami.

Wśród teorii etycznych mogących pomóc psychiatrze w rozwiązywaniu wątpliwości wymieniane są takie, jak teoria cnót lub teoria deontologiczna, ale najbardziej zwraca uwagę i zastanawia teoria miłości.

Wymaga ona osobistej postawy psychiatrii wobec pacjenta, cechującej się sympatią, wiernością i przyjaźnią. Zatem teoria miłości odwołuje się *de facto* do wartości wynikających z systemu religijnego, w którym funkcjonuje psychia-

tra. Teoria miłości w medycynie i nie tylko, a w psychiatrii szczególnie, była propagowana w końcowej fazie pontyfikatu Jana Pawła II.

Można rozważyć teorię miłości w następującej kwestii: czy istnieją różnice w relacji psychiatra–pacjent, kiedy psychiatra jest katolikiem, protestantem, kalwinem, prawosławnym, muzułmaninem, buddystą, hinduistą względnie wyznawcą jakiegoś innego systemu religijnego, natomiast pacjent jest tej samej wiary co on lub innej?

Prawdopodobnie niżej przedstawione przykłady z historii Polski dotyczą przypadków dziejących się na gruncie teorii miłości, kiedy psychiatra i pacjent byli wyznawcami tej samej religii, a dodatkowo mieli wspólnotę poglądów politycznych.

Najbardziej spektakularnym aktem wpływu psychiatrii na losy Polski jest symulacja choroby psychicznej przez Józefa Piłsudskiego według wskazówek psychiatry dr. Rafała Radziwiłłowicza [4]. Piłsudski, poza dziwnym zachowaniem i powstrzymywaniem się jakoby z pobudek urojonych od jedzenia większości pokarmów, pisał specjalne podania do zarządzającego X Pawilonem Cytadeli Warszawskiej. Sporządzał je w języku rosyjskim z wtrąceniami angielskimi i francuskimi. Warto przy tym wspomnieć, iż Piłsudski przez kilka miesięcy studiował medycynę na Uniwersytecie w Charkowie. W wyniku podjętych działań został skierowany na obserwację i umieszczony w szpitalu św. Mikołaja Cudotwórcy w Petersburgu. W nocy z 1 na 2 maja 1901 r. został stamtąd wyprowadzony przez Władysława Mazurkiewicza, późniejszego profesora farmakologii i botaniki lekarskiej w Warszawie.

Z kolei Jan Mazurkiewicz, psychiatra, jako sympatyk PPS i jako dyrektor Zakładu dla Umysłowo i Nerwowo Chorych w Kochanówce koło Łodzi, przechowywał w szpitalu rannych bojowców oraz więźniów politycznych. W 1907 r. stanowisko dyrektora Kochanówki po Mazurkiewiczu objął Witold Chodźko, który w nie mniejszym stopniu niż jego poprzednik otworzył drzwi zakładu przed potrzebującymi pomocy działaczami niepodległościowymi.

Czesław Świrski, późniejszy adiutant i współwykonawca testamentu marszałka Józefa Piłsudskiego (wraz z Janem Piłsudskim i Aleksandrem Prystorem), w 1908 r. wziął udział w zamachu na pociąg, aby zdobyć pieniądze dla Organizacji Bojowej PPS. Zamachowcy zabili oficera Durowa i ranili czterech z ośmiu konwojentów. Świrski został skazany na śmierć. Doktor Rafał Radziwiłłowicz wystawił zaświadczenie, że leczył go psychiatrycznie 10 lat wcześniej. Między innymi dzięki temu zaświadczeniu skazaniec zachował życie.

Czy w wymienionych przypadkach zadziałał imperatyw moralny Pinela? Zapewne jest głęboka analogia między Pinelem, Radziwiłłowiczem, Władysławem i Janem Mazurkiewiczami czy Chodźką. Gdyby nie zaistniał **irracjonalny imperatyw Pinela**, ale jego antynomia, **imperatyw lojalistyczny**, czy wówczas pojawiłby się na mapie świata taki kraj jak Polska?

NORMALNOŚĆ I PATOLOGIA W PSYCHIATRII

Przykłady dotyczące decyzji Pinela, Radziwiłłowicza, Mazurkiewiczów albo Chodźki zostały przywołane, aby w sposób dobitny zaznaczyć, iż norma i patologia w psychiatrii mają inny charakter niż w naukach biologicznych. W tym miejscu cytujemy za Julią Sową [5]: „(...) gdyby udało się (...) uporządkować pole dyskusji na temat zdrowia i patologii, normalności i anormalności, wówczas zbliżylibyśmy się do postulatu kultury humanistycznej na terenie nauk społecznych sformułowanego przez Gunnara Myrdala – postulatu ujawniania propagandowych funkcji koncepcji teoretycznych, ustalanych zależności i wniosków praktycznych, wysnuwanych z badań ze względu na zasadnicze wartości świata ludzkiego, w szczególności wartości kontrowersyjne, związane z konfliktowymi dążeniami grup ludzkich”.

Dla lekarza rozróżnienie przestępstwa i choroby ma kapitalne znaczenie, albowiem pozwala dojrzeć wzajemne stosunki pomiędzy interesem jednostki a tym, co uważa się za interes społeczny, oraz wejść w centrum relacji środowisko–organizm [6]. Lekarz ignorujący przestępstwo jako formę przystosowania zachowawczego i widzący w dewiacji tylko chorobę zmienia swe funkcje i zainteresowania na rolę policjanta i prokuratora, gdy znowu lekarz, który dostrzega w przestępstwach nade wszystko akty sprawnego przystosowania osobistego, stanowiłby krańcowy przykład osobnika indyferentnego wobec porządku społecznego.

Zdziwienie może wzbudzić to, że jednostronne stanowisko w traktowaniu przestępców, nadużywające psychiatrii, zajmują często ludzie związani z psychoanalizą, deklarujący się następcami Zygmunta Freuda, który przecież ugruntował teoretycznie dychotomię zdrowego przestępstwa i choroby, wiążąc oba te stany z istotnie różnymi strukturami psychicznymi i procesami dynamicznymi. Że ktoś może być zdrowy na koszt społeczeństwa, że może dobrze funkcjonować psychicznie, choćby będąc zbrodniarzem, było dla Freuda oczywiste przez sam fakt konfliktowości interesów ludzkich i panującego w społeczeństwie stanu walki o dobra materialne.

MORALNE I PRAWNE ASPEKTY DOWODU Z OPINII

Kodeks postępowania karnego w art. 200 § 2 pkt. 5 precyzuje, co opinia sądowo-psychiatryczna powinna zawierać oprócz informacji natury formalnej i porządkowej. Otóż we wspomnianym pkt 5 zapisano, że powinny się w niej znaleźć sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski.

Pojęcie sprawozdania jest rozumiane różnie. Zwyczajowo jednak przyjęto, że opinia sądowo-psychiatryczna zawiera informacje, jakie zbiera biegły psychiatra w trakcie badania pacjenta podsądnego, a więc będąc w roli korzystającej ze specjalnego zaufania, sugerującej badanemu, że jeśli opowie psychiatrze o sobie, ten udzieli mu pomocy.

Badanie psychiatryczne przeprowadzane jest w warunkach wyjątkowo silnego stresu i badany znacznie więcej powie psychiatrze niż śledczemu. Prokurator czy sędzia z niezwykłą uwagą czytają sprawozdanie psychiatry w poszukiwaniu często ważnego elementu przechylającego szalę śledztwa czy rozprawy. Tym bardziej że akta sprawy przygotowane przez policję czy prokuraturę są nierzadko na niskim poziomie zarówno merytorycznym, jak i formalnym i niejednokrotnie dopiero badanie psychiatryczne wnosi w nią porządkującą logikę naukowego myślenia.

Rola psychiatry jest zatem bardzo niejednoznaczna. Podczas pisania sprawozdania z badania podsądnego bądź podejrzanego lekarz stara się wykazać pracowitością tego badania. Istnieje tu prosta zależność: im więcej napisze w opinii, tym może domagać się większego wynagrodzenia. Wpadając w pułapkę perspektywy wyższego honorarium, pisze zdecydowanie więcej, niż powinien. Staje się w pewnym sensie stroną procesową, a nie niezależnym konsultantem.

Obecnie większą wartość może mieć opracowywanie opinii przez psychiatrę w zupełnie inny sposób. Mianowicie opinia powinna sprowadzać się do odpowiedzi na pytania zadane przez sąd lub prokuraturę, natomiast sprawozdanie z przeprowadzonego badania powinno być zarejestrowane w formie dźwiękowej lub nagrania wideo i przechowywane w archiwum biegłych oraz w formie kopii dołączonej do akt sprawy. Możliwość udostępnienia takiego badania mogłaby wchodzić w grę wyłącznie wówczas, gdyby istniała potrzeba ponownego badania przez innych biegłych (choćby najnowsze regulacje procesowe zabraniają odnoszenia się wprost do poprzednich opinii). Natomiast sprawozdanie z badania psychiatrycznego nie powinno znajdować się w formie pisemnej w aktach sprawy, gdyż w ten sposób powstają przesłanki do łamania ustawy

z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111 poz. 535 z późn. zm.) [7].

Psychiatra musi sobie zdawać sprawę, że akta sprawy werutowane są czasami przez dziesiątki ludzi, z których część nie ma żadnego prawa do ich przeglądania i zaznajamiania się z wiedzą objętą tajemnicą lekarską.

Zapis elektroniczny ma tę zaletę, że nie podlega deformacji – zarejestrowana jest obiektywna rzeczywistość, która przecież ulega mniejszemu lub większemu przekłamaniu, kiedy nakładają się mechanizmy przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz strategii mechanizmów obronnych, jakimi posługuje się osoba badana i badający.

Zapis elektroniczny badania może być oceniany przez innych biegłych, jak również przez badających, którzy mogą odtworzyć każdy jego fragment i zweryfikować wątpliwości, które pojawiły się już w trakcie opracowania opinii. Obecnie z uwagi na szczególnie charakter i znaczenie opinii w procesie sądowym nowa forma sporządzania opinii winna być wprowadzona w życie jak najszybciej. Również ambulatoryjną historię choroby należy rejestrować elektronicznie dla bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i psychiatry.

STAN WYŻSZEJ KONIECZNOŚCI MORALNEJ W PSYCHIATRII

Zdaniem Tadeusza Biesagi w codziennej praktyce posługujemy się zdroworozsądkowym pojęciem dobra i norm moralnych [8].

W czasie dramatycznych zawirowań społecznych, jak np. w czasach faszyzmu czy komunizmu, w postępowaniu moralnym trzeba jednak kierować się głębszymi racjami niż ślepe posłuszeństwo państwu, społeczności i narzucanym ideologiom.

Bioetyka jest działem etyki szczegółowej, ustanawia oceny i normy moralne będące wyznacznikami w sytuacjach związanych z zapoczątkowanym życiem, jego trwaniem i śmiercią. Właśnie psychiatry, częściej niż lekarze innych specjalności, spotykają się z zagrożeniem egzystencji pacjenta w różnych aspektach, włącznie z jego skrajnym przejawem – samobójstwem, z jednoczesnym brakiem lub względnym brakiem obiektywnych wskaźników diagnostycznych, które mają inne specjalności medyczne.

Psychiatra swoje decyzje może uzasadniać różnymi strategiami norm moralnych:

- utylitarną

- deontonomiczną
- personalistyczną.

Utylityzm zakłada użyteczność, np. że podstawowym dobrem jest przeżycie silniejszych osobników, gdyż to warunkuje przetrwanie gatunku. Jest to zatem nie tyle etyka, ile bardziej taktyka pozwalająca przeżyć lepiej przystosowanym. Utylityzm ogranicza prawa osób słabszych psychicznie, którzy są *de facto* pacjentami psychiatrów. Psychiatra zatem z racji swojego ułożenia społecznego jest antyutyliarystą.

W systemie deontonomicznym (*deon* – „powinność”, *nomos* – „prawo”) psychiatra dostosowuje się do norm moralnych, w których obyczaje i porządek społeczny są fundamentem utrwalonej moralności.

Personalizm zakłada, iż człowiek dla drugiego człowieka jest rzeczą świętą (*homo domini res sacra*).

Psychiatra jest zawodowo zaangażowany w obronę godności osoby. Można zatem przyjąć, że psychiatria stanowi papierek lakmusowy norm moralnych, jakimi kieruje się medycyna definiująca moralny kształt kultury społecznej.

Ponad wszelką wątpliwość, w świetle powyższych strategii, stanem wyższej konieczności moralnej psychiatrii jest obrona życia ludzkiego. Psychiatra nie ma innej możliwości, jak bronić życia ludzkiego, co na wstępie zostało ukazane w charakterystykach postępowań wybitnych psychiatrów w sytuacjach wyjątkowych zawirowań społecznych na przestrzeni wieków. Jest to o tyle ważne, że obecnie w Polsce obserwuje się takie zjawiska, jak wzrost liczby samobójstw, a także wzrost spożycia alkoholu *per capita*, co powoduje, że psychiatra staje przed coraz trudniejszymi moralnie dylematami.

Obszar moralny zamyka się między biegunowymi zjawiskami: samobójstwem i zabójstwem. Jest jeszcze jeden obszar na styku psychiatrii i religii, którą łączy jednostka nozologiczna zwana *opętaniem*. W ujęciu psychiatrii transkulturowej termin *opętanie* stanowi szczególną psychozę występującą w różnych systemach religijnych. To także moralnie trudny obszar, na który wkraczają różni opiniodawcy.

PERSPEKTYWY – RELATYWIZM CZY ZACHOWANIE UNIWERSALNEGO SYSTEMU WARTOŚCI

Nowe technologie elektroniczne dały możliwości kontroli przepływu wszelkich informacji, co nie pozostało bez wpływu również na relacje między psychiatrą a pacjentem. Żadna inna specjalność medyczna nie opiera się w takim stopniu na danych uzyskanych od pacjenta przy stawianiu diagnozy, a w konsekwencji – prowadzeniu leczenia, jak właśnie psychiatria. Pojawia się pytanie, jak psychiatra może zapewnić pacjentowi dyskrecję w gabinecie. Taka możliwość będzie istniała wówczas, gdy informacje przekazywane w gabinecie ustnie czy pisemnie będą prawnie objęte tajemnicą. Jeśli pacjent nie będzie miał takiej gwarancji, wówczas możliwości badania czy terapii ulegną ograniczeniu i zapewne życie wymusi pojawienie się innych form – bardziej metaforycznych lub bardziej konkretnych. Upowszechnia się obecnie wirtualny kontakt psychiatry z pacjentem za pośrednictwem wideotransmisji online. Taką terapię autorzy niniejszego opracowania przeprowadzali z pacjentami mieszkającymi w innych miejscowościach. Nie ma więc obecnie ograniczeń technicznych, aby badanie sądowo-psychiatryczne czy konsultację prowadzić na odległość. Taki kontakt jest jednak odmienny od typowego, co należy uwzględnić, nie jest jednak z założenia mniej efektywny.

PODSUMOWANIE

Zmieniające się życie wymaga od psychiatrii czegoś więcej niż tylko wierności wobec standardów moralnych, rzec by można – wymaga intuicji moralnej, której paradoksalnie nie da się do końca zdefiniować, chociaż z kolei można tego próbować i takie wysiłki mają swoją wartość. Można natomiast ją czuć, gdyż, jak stwierdził Schopenhauer [2], granica między „ja” – w domyśle psychiatrą – i „nie-ja” – pacjentem, zostaje zniesiona.

PIŚMIENNICTWO

1. Reich W. *Mordercy Chrystusa*. Jacek Santorski & Co, Warszawa 1995.
2. Schopenhauer A. *O podstawie moralności*. VIS-A-VIS ETIUDA, Kraków 2015.
3. Bomba J. *Zagadnienia etyczne w psychiatrii*. In: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J et al (ed). *Psychiatria*. Vol. 3. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003.

4. Nasierowski T. *Psychiatria a wolnomularstwo w Polsce*. Neriton, Warszawa 1998.
5. Sowa J. *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*. PWN, Warszawa 1984.
6. Ciosek M. *Psychologia Sądowa i Penitencjarna*. LexisNexis, Warszawa 2003.
7. Duda J. *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. LexisNexis, Warszawa 2006.
8. Biesaga T. *Personalizm czy utylitaryzm jest właściwą podstawą etyki medycznej?* *Folia Medica Cracoviensia*, PAN, Kraków 1998; 39: 43-52.

Adres do korespondencji:

Janusz Szeluga
Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna
80-208 Gdańsk, ul. Mikołaja Kopernika 16
e-mail: janusz.szeluga@gmail.com