

Nr 90 Rok VIII listopad 2020

ISSN 2299-9647



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

SM Express

Asertywność - str. 14-15

W numerze:

Fizjoterapeuci - str. 2-3

Czym jest depresja sezonowa - str. 4-7

Alkohol a zdrowie kobiety - str. 8-11

Jeść czy nie jeść? - str. 12-13

Aby odzyskać sens - str. 16-17

To, co TERAZ najważniejsze - str. 20-21

Droży Państwo



Mimo, że pandemia mocno wywróciła nasz świat, nie możemy zapomnieć o naszym obowiązku pilnowania spraw SM. Ograniczenia, które spowodowała pandemia, sprawiła wiele problemów szpitalom, lekarzom, ale przede wszystkim osobom z SM. Pojawiały się wątpliwości czy chodzić po odbiór leku, co robić w sytuacji, gdy nasz szpital nie może nam pomóc.

Wiele osób zwyczajnie boi się wyprawy po leki, ponieważ w większości przypadków muszą korzystać z komunikacji miejskiej, a to stwarza zagrożenie. PTSR w wielu przypadkach od momentu pierwszego kockdownu musiał interweniować, aby pomóc tym, którzy stracili ciągłość leczenia.

W wielu przypadkach staramy się też tłumaczyć ludziom, jak się zachowywać, aby minimalizować zagrożenie. Nasze biuro, mimo iż w większości pracuje zdalnie działa bez przerwy i wciąż pomaga potrzebującym.

Dlaczego o tym wspominam? Otóż dlatego, że części z Państwa może wydawać się, że PTSR w tym trudnym okresie zawiesił lub zwolnił działania. Otóż nic bardziej mylnego. Nadal prowadzimy nasze działania, oczywiście w inny niż dotychczas sposób, ale wciąż. W październiku wraz z Dominiką Czarnotą-Szałkowską uczestniczyłem w spotkaniu z wiceministrem zdrowia Miłkowskim. Rozmawialiśmy o zmianach w diagnostyce, o tworzeniu szybkiej ścieżki w SM, aby po wyjściu z pandemii jak najszybciej nadrobić zaległości, które mimo wszystko się wytworzyły. Minister obiecał, że w marcu być może zostanie włączony do refundacji lek na postać wtórnie postępującą. Oczywiście będziemy monitorować tę kwestię, aby decydenci nie „zapomnieli” o swoich obietnicach.

W listopadzie odbyło się spotkanie Parlamentarnego Zespołu ds. SM. Oprócz parlamentarzystów uczestniczyliśmy my, PTSR, ale też członkowie Doradczej Komisji Medycznej – prof. Krzysztof Selmaj, prof. Konrad Rej-

dak. Była także Konsultant Krajowa ds. Neurologii – prof. Agnieszka Słowik oraz inne osoby. Wszyscy zgodnie podkreślali potrzebę ułatwienia dostępu osób chorych do szpitali, lekarzy, do terapii. Duże nadzieje wiążą też z nowymi terapiami oraz ułatwieniami w łatwiejszym doborze leków z różnych linii.

Poruszono też problem, który nie pojawił się wraz z pandemią, ale na pewno w jej wyniku się nasilił, są kolejki do programów lekowych. Według danych pozyskanych od NFZ w Polsce kolejki szacowane są na 600 osób. Prof. Słowik powiedziała, że są dwa szpitale, które generują łącznie kolejki na 200 osób. Powszechnym problemem jest niewykreślanie pacjentów z kolejki. Konsultant wspomniała o przypadku pacjenta, który „tkwi” w niej od... 14 lat.

Posiedzenie Zespołu było długie i nad wyraz efektywne. Wydaje się, że coraz więcej osób z kręgów decyzyjnych rozumie problemy SM. Piszę o tym dlatego, aby udowodnić, że nawet w tym trudnym czasie Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego wypełnia swoją misję. Mogą Państwo zawsze na nas liczyć.

Fizjoterapeuci wśród najbardziej zagrożonych

Epidemia koronawirusa ciągle trwa i wiele wskazuje na to, że szybko się nie skończy. Na świecie odnotowano już ponad 50 mln zakażeń. W Polsce 665 547 osób jest zakażonych. O problemach

fizjoterapeutów podczas pandemii - opowiedział prezes KIF Maciej Krawczyk. W ubiegły poniedziałek KIF wysłała apel do ministra zdrowia, w którym poprosiła o niepomijanie fizjoterapeutów w le-

czeniu pacjentów z COVID-19. - Wielu fizjoterapeutów pracuje w tej chwili z zakażonymi pacjentami, ale nikt im za to nie płaci. Poważnym problemem jest także lekceważenie fizjoterapeutów w procesie leczenia. Fizjoterapeu-

ta nie ma możliwości zgłoszenia się do pracy w szpitalu tymczasowym na Stadionie Narodowym. Uważam, że fizjoterapia jest nieodzownym elementem w procesie leczenia pacjentów w każdej fazie choroby (zakażenia, duszności, leczenia przy pomocy nieinwazyjnej tlenoterapii, podłączenia do respiratora). Pacjent po powrocie ze szpitala do domu także będzie potrzebował pomocy fizjoterapeuty – uważa Krawczyk.

Dodał, że wielu dyrektorów szpitali odsyła fizjoterapeutów na postojowe, nie widząc potrzeby zatrudniania ich na oddziałach covidowych. Co gorsze często są wysyłani do pracy poniżej swoich kompetencji. - Jest to niezgodne z kodeksem pracy. Fizjoterapeuci są np.

odprawiani do pracy w kuchni, pralni. Mają za zadanie mierzyć temperaturę ludziom wchodzącym do szpitala. To skandaliczne - zaznaczył prezes KIF.

- Obecnie zbyt duża liczba chorych trafia pod respirator. Dzięki fizjoterapii zwiększyłaby się przeżywalność pacjentów podłączonych pod respirator. Możliwe, że osoby po przebytych zakażeniu szybciej wróciłyby do pracy dzięki zastosowaniu się do zaleceń fizjoterapii. Większość pacjentów nie dostaje takich wskazań - dodał.

Zdaniem prezesa KIF spośród wszystkich medyków to właśnie fizjoterapeuci stanowią najbardziej zagrożoną w tej chwili grupę. - Żaden lekarz czy pielęgniarka nie przebywa z zakażo-

nym pacjentem tyle czasu co fizjoterapeuta. W moim otoczeniu jest około 30 zakażonych fizjoterapeutów. Znam mnóstwo osób, którzy przeszli już COVID-19 i w tej chwili chorują. Uważam, że państwo, nie robiąc rejestru, zachowuje się skandaliczne. Minister zdrowia, mimo że ma dostęp do różnych danych, nie prowadzi statystyki dotyczącej fizjoterapeutów. Obejmuje nią jedynie lekarzy i pielęgniarki - powiedział Krawczyk.

Krawczyk wskazał też, że obecnie są negatywne nastroje wśród fizjoterapeutów. - Czują się niedoceniani przez MZ, które poważnie traktuje jedynie lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych - wyjaśnił.

Źródło: MZ



Jesienny smutek czym jest depresja sezonowa

Wraz z nastaniem pierwszych jesiennych chłódów, kiedy na dworze coraz częściej pada deszcz, ciemne chmury gęsto przykrywają niebo, a dni stają się coraz krótsze, większość z nas ogarnia „jesienny smutek”. Częściej robimy się senni i zmęczeni, nie chcemy wstawać z łóżka w ciemne, zimne poranki, mniej mamy energii i zapału do pracy. Pogoda za oknem wpływa też niekorzystnie na nasz nastrój. Niektórzy stają się smutni, rozdrażnieni, przygnębieni i zniechęceni oraz znacznie mniej rzeczy sprawia im radość.

Czasem jednak ten jesiennie-zimowy smutek zaczyna coraz bardziej utrudniać nam codzienne życie. Warto wtedy sprawdzić czy nie jest to depresja sezonowa.

Depresja sezonowa czyli sezonowe zaburzenie afektywne (Seasonal Affective Disorder – SAD) to zaburzenie depresyjne pojawiające się w okresie jesienno-zimowym, a ustępujące wiosną lub latem. Objawy zakłócają emocjonalne, poznawcze i fizjologiczne funkcjonowanie człowieka i są bardzo uciążliwe. Występują codziennie lub prawie codziennie oraz trwają przez okres co najmniej dwóch ty-

godni. Ponadto, powtarzają się cyklicznie przez minimum dwa lata.

Skąd depresja sezonowa?

W ciągu wielu wieków życie człowieka było bardzo mocno związane z naturą. Wiosenne i letnie miesiące sprzyjały zdobywaniu pożywienia, wzmożonej pracy, częstszym kontaktom towarzyskim czy podróżom. Natomiast jesienią i zimą, kiedy przyroda zamiera a dzień staje się krótszy, mniej było pracy, a tempo życia także naturalnie ulegało ograniczeniu. Człowiek wpadał w lekki stan „uśpienia”, spowolnionego



metabolizmu oraz zmniejszonej energii i przygotowywał się do przetrwania zimy. Rytm przyrody i pory roku wyznaczały zatem jego codzienną aktywność.

Obecnie, kiedy brak światła słonecznego próbujemy zastępować żarówką, a codzienne funkcjonowanie znacznie mniej związane jest z rytmem natury oczekujemy się, że poziom aktywności człowieka przez prawie cały rok będzie utrzymywał się na mniej więcej równym, wysokim poziomie. Być może właśnie dlatego to, co w przeszłości pozwalało nam poradzić sobie w niesprzyjających warunkach związanych ze zmianami w przyrodzie, teraz utrudnia nam życie.

Przyczyny zaburzeń sezonowych

Chociaż dokładne przyczyny powstawania depresji sezonowej nie są znane, uważa się, że głównym czynnikiem jest niedobór światła słonecznego docierającego do naszych oczu. Wpływa ono na sposób funkcjonowania różnych struktur mózgowych, a mianowicie na procesy powstawania i regulacji neuroprzekazników i hormonów niezbędnych do wielu życiowych czynności.

Zauważono, że najbardziej niekorzystny jest niedomiar światła w rannych godzinach dnia, ponieważ rozregulowuje bardzo istotny okołodobowy rytm człowieka – snu i czuwania. Brak światła słonecznego powoduje zwiększone wydzielanie melatoniny – tzw. hormonu snu, przez co nasz mózg „czuje się” oszukany co do godziny i pory dnia, a my stajemy się bardziej senni i zmęczeni. Ponadto, zaburza również inne rytmy wydzielania hormonów, np.: zmniejsza poziom serotoniny, która odpowiedzialna jest m.in. za utrzymywanie dobrego nastroju.

Powstawanie sezonowych zaburzeń depresyjnych związane jest także z indywidualną podatnością człowieka. Wśród możliwych przyczyn podaje się zmniejszoną wrażliwość siatkówki oka na docierające do niej światło. Przez to, osoby z dużo mniejszą wrażliwością mogą skarżyć się na pogorszenie samopoczucia także podczas pochmurnych letnich dni.

Uważa się również, że podatność na sezonowe zaburzenia afektywne jest przekazywana genetycznie.

Ponadto, łagodne wcześniej objawy jesiennego smutku i senno-

ści mogą się znacznie nasilić, gdy spotkają nas bardzo stresujące wydarzenia, np.: rozwód, śmierć bliskiej osoby, problemy w pracy lub życiu osobistym.

Kto najczęściej choruje?

Depresja sezonowa dotyka głównie osoby mieszkające w środkowych i północnych szerokościach geograficznych. W Europie Północnej na poważne dolegliwości cierpi ok. 2% populacji, a w innych, mniej nasłonecznionych regionach świata, np. na Alasce, problem ten dotyczy co dziesiątego mieszkańca. Łagodniejsze objawy jesiennego smutku odczuwa w Europie prawdopodobnie ponad 10 – 15% ludzi.

Ten rodzaj zaburzeń depresyjnych dotyka głównie osoby młodsze – pierwszy epizod pojawia się zwykle pomiędzy 20 a 40 rokiem życia – przy czym z powodu znacznych dolegliwości zdecydowanie częściej cierpią kobiety niż mężczyźni (około 4 razy częściej). Obserwuje się je także u dzieci.

Co ciekawe, zdarzają się przypadki tzw. depresji letniej czyli objawów depresyjnych w okresach dużego nasłonecznienia w strefie okołorównikowej. Niestety jej przyczyny nie są znane.

Objawy

Pierwsze objawy depresji sezonowej mogą pojawić się już w październiku lub listopadzie, a w miesiącach wiosennych (marzec, kwiecień), kiedy zwiększa się ilość światła słonecznego, zazwyczaj całkowicie ustępują. Czasami mogą też przejść w fazę manii (m.in. nadmiernie podwyższonego nastroju, znacznie zwiększonej aktywności i pobudzenia, trudności z koncentracją uwagi, zmniejszonej potrzeby snu) lub hipomanię (łagodniejszą odmianę manii). Najczęstszymi objawami są:

- uczucie smutku, pustki, lęku, niepokoju
 - uczucie przewlekłego przemęczenia
 - obniżona aktywność, brak motywacji i inicjatywy do działania
 - wzmożona senność z jednoczesnym pogarszaniem się jakości snu, ospałość, trudności z porannym wstawaniem
 - zwiększony apetyt, szczególnie związany z większym spożyciem węglowodanów; często zwiększanie się masy ciała
 - osłabienie popędu seksualnego
- Zwykle występują także inne charakterystyczne dla depresji objawy, takie jak:
- nadmierna drażliwość
 - anhedonia – utrata zdolności przeżywania radości z drobnych, codziennych zdarzeń; a nawet unikanie przyjemności
 - poczucie beznadziejności
 - problemy z pamięcią, jasnością myślenia, koncentracją uwagi
 - problemy z wykonywaniem codziennych czynności
 - utrata energii, sił witalnych
 - utrata zainteresowań, zubożenie
 - niechęć do pracy i funkcjonowania w społeczeństwie
 - myśli samobójcze

Ponadto, u kobiet możliwe jest wystąpienie objawów napięcia przedmiesiączkowego lub ich nasilenie, z kolei u dzieci można zaobserwować większą skłonność do zachowań agresywnych i ławiejsze wpadanie w złość.

Konsekwencjami sezonowego zaburzenia afektywnego może być m.in.: nadużywanie alkoholu lub

narkotyków, okresowe nadmierne objadanie się, przybieranie na wadze, obniżenie odporności organizmu i związane z tym częste infekcje, problemy z nauką, w pracy lub w relacjach interpersonalnych, a nawet samobójstwa.

Warto jednak pamiętać, by obserwując powyższe objawy, nie diagnozować się samodzielnie, lecz skorzystać z pomocy specjalisty, gdyż mogą one świadczyć także o innych dolegliwościach i zaburzeniach, takich jak: depresja kliniczna (gdzie rozpoczęła się w okresie jesienno-zimowym), choroby somatyczne (np.: niedoczynność tarczycy), zespoły przewlekłego zmęczenia, reakcja organizmu na przyjmowane leki i wiele innych.

Jak leczy się depresję sezonową?

W związku z tym, że najbardziej prawdopodobną przyczyną powstawania depresji sezonowej jest niedomiar światła słonecznego docierającego do nas w okresie jesienno-zimowym, głównym sposobem leczenia tego zaburzenia jest fototerapia z wykorzystaniem specjalnych do tego celu lamp fluorescencyjnych. Polega ona na naświetlaniu oczu pacjenta sztucznym jasnym światłem o mocy zbliżonej do naturalnego (ok. 2500 – 10 000 luksów), a kilka lub kilkanaście razy silniejszym od zwykłego domowego oświetlenia (maksymalnie 500 luksów). Zauważono, że już taka dawka sztucznego światła korzystnie wpływa na wydzielanie hormonów i przekazników mózgowych (podwyższa poziom serotoniny, a obniża melatoniny) oraz ich dobową regulację, a przez to poprawia działanie naszego wewnętrznego zegara.

Fototerapię przeprowadza się w godzinach porannych, a często także i wieczorem (na 2-3 godziny przed spaniem) dla zwiększenia jej skuteczności. Sesje, które trwają od 30 do 120 minut, powtarza się codziennie przez okres od jednego do kilku tygodni. Lekarze często zalecają profilaktyczne roz-

poczynanie sesji jeszcze przed wystąpieniem pierwszych w danym sezonie objawów.

Bardzo ważne jest, aby odpowiednio dostosować kąt padania światła i odległość od oczu, a przede wszystkim natężenie i długość naświetlania do poziomu indywidualnej wrażliwości człowieka i obecnego nasilenia dolegliwości.

Metoda ta jest dość skuteczna (w 60-80%), a pierwsze rezultaty, takie jak zmniejszenie senności, apetytu i zmęczenia oraz poprawa nastroju, można zauważyć już po kilku dniach jej stosowania. Ponadto, fototerapia jest bezbolesna,



objawy niepożądane (np.: zaczerwienienie oczu lub bóle głowy) zdarzają się bardzo rzadko i może być stosowana także w domu pod kontrolą lekarską.

Z fototerapią łączy się czasem także psychoterapię, np.: gdy depresja sezonowa współwystępuje z nierozwiązanymi konfliktami czy trudnościami natury psychicznej. Ponadto, spotkania z terapeutą mogą pomóc zaakceptować chorobę i nauczyć się jak sobie z nią radzić, szczególnie osobom przyzwyczajonym do dużej aktywności w ciągu całego roku.

Dla zmniejszenia natężenia objawów i poprawy nastroju wykorzy-

tuje się także leki przeciwdepresyjne, np.: fluoksetyny, a w łagodniejszych stanach – niektóre ziołowe preparaty dostępne bez recepty.

Korzystne dla samopoczucia pacjentów okazują się też zimowe wyjazdy do krajów o dużym stopniu nasłonecznienia.

W radzeniu sobie z sezonową depresją pomocne może być unikanie stresujących sytuacji oraz nakładanie na siebie zbyt wielu obowiązków w tym trudnym okresie. Warto pamiętać też o zdrowiej diecie, bogatej w niezbędne witaminy i minerały, szczególnie w magnez i witaminy

z grupy B, które pomagają w prawidłowym funkcjonowaniu układu nerwowego. Ważne jest również dbanie o swoje samopoczucie oraz o dobrą kondycję, np.: poprzez medytację, aromaterapię, spacerowanie w słoneczne dni czy regularne ćwiczenia fizyczne, podczas których uwalniają się poprawiające nam nastrój neuroprzekaźniki. Warto także częściej włączać się w kontakty społeczne i dbać o relacje z innymi ludźmi.

Warto przeczytać:
Norman E. Rosenthal
Zimowe smutki

ALKOHOL A ZDROWIE KOBIETY

Chociaż faktem jest, że mężczyźni piją alkohol częściej i w większych ilościach, to jednak kobiety są bardziej narażone na problemy wynikające z jego spożycia. Nawet jeśli obydwój wypijają tę samą dawkę, to w krwiobiegu kobiety alkohol osiąga zwykle wyższe stężenie niż u mężczyzny. Dzieje się tak dlatego, że organizm kobiety zawiera zazwyczaj mniej wody niż organizm mężczyzny. Alkohol miesza się w ciele z wodą, więc u kobiety określona dawka jest mniej rozcieńczona. Dlatego picie alkoholu bardziej szkodzi kobietom i są one bardziej podatne na związane z tym uszkodzenia narządów. Oznacza to, że u kobiet dochodzi do nich w krótszym czasie i przy mniejszych dawkach.

Jeśli weźmie się dodatkowo pod uwagę, że jedna trzecia Amerykanek przynależy do systematycznej picia alkoholu, a 2,3% kobiet,

czyli 2,5 miliona, spełnia kryteria uzależnienia, jasno widać ważną rolę badań, które pozwoliłyby lepiej zrozumieć wpływ alkoholu na

kobiety. W tym numerze Alcohol Alert zostały podsumowane niektóre z najbardziej praktycznych implikacji badań dla kobiet w różnych okresach życia.

Dorastanie — tworzenie warunków

Z ogólnonarodowego badania wynika, że spożywanie alkoholu jest powszechne zarówno wśród osób dorastających jak i wśród młodych dorosłych. Chociaż młodzi mężczyźni częściej piją intensywnie, liczba pijących w ten sposób młodych kobiet też jest alarmująco wysoka.



Dorastanie to zasadniczy etap rozwoju człowieka. Gwałtownie zmieniające się funkcje organizmu są szczególnie wrażliwe na wpływ alkoholu. Picie w czasie przyspieszonego dojrzewania — mózgowego i hormonalnego — może więc mieć długotrwałe skutki.

Podczas dorastania w mózgu zachodzą widoczne zmiany fizyczne. Kora przedczołowa, obszar mózgu odpowiadający za różne zachowania celowe, przechodzi znaczne przemiany. Procesowi rozwoju podlega także ciało migdałowate, struktura mózgu odpowiedzialna za reakcje emocjonalne i koordynowanie reakcji ciała na stres. Zmiany w tych obszarach mają ogromny wpływ na zachowanie i psychiczne funkcjonowanie dorastającego. W ich wyniku niektóre nastolatki są bardziej skłonne do ryzykownych zachowań, takich jak eksperymentowanie z alkoholem lub narkotykami. W jednym z badań naukowcy odkryli, że u dorastających, którzy mieli duże problemy związane z piciem alkoholu, zwój hipokampa, obszar mózgu ważny dla

uczenia się i pamięci, był znacząco mniejszy niż w grupie kontrolnej. Wyniki badania przeprowadzonego na ograniczoną skalę sugerują, że u dorosłych kobiet łatwiej niż u mężczyzn dochodzi do kurczenia się obszarów mózgu. Nie wiadomo jednak na razie, czy dotyczy to również dorastających dziewcząt.

Dojrzewanie to czas burzliwych zmian w poziomach i wzorcach hormonów. Zaczynają się także pojawiać różnice między płciami w hormonalnej reakcji ciała na stres. Niektóre dziewczęta mogą być szczególnie narażone na trudności emocjonalne, depresję i problemy z obrazem siebie, jak również na zwiększenie się liczby ryzykownych zachowań. Oprócz tego w okresie wczesnej adolescencji bywają one szczególnie wrażliwe na stres. Z kolei poziom doświadczanego stresu okazał się najsilniejszym predyktorem picia alkoholu i używania narkotyków, zaraz po zażywaniu substancji psychoaktywnych przez rówieśników.

Na podstawie końcowych wyników z badań nad zwierzęta-

mi można przypuszczać, że alkohol wpływa na dorastających inaczej niż na dorosłych. Podczas picia nie tracą oni w tym stopniu koordynacji i nie są tak senni jak dorośli. Zdają się jednak bardziej wrażliwi na wywołane alkoholem zakłócenia pewnych rodzajów pamięci. Oczywiście potrzeba więcej badań, żeby wyjaśnić, jak różnice międzypłciowe mogą wpływać na sposób oddziaływania alkoholu na rozwijający się mózg dorastającego i inne narządy. Wiadomo jednak, że im wcześniej zaczyna się pić, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia w późniejszym życiu problemów alkoholowych.

Okres rozrodczy

Picie alkoholu może wpływać na funkcje rozrodcze kobiet w poszczególnych etapach życia. Niektóre badania sugerują, że dorastający, którzy piją regularnie nawet umiarkowane ilości alkoholu, narażają się na zaburzenia rozwoju, prawidłowego tempa i postępu w dojrzewaniu płciowym. Okazało się, że intensywne picie zakłóca



prawidłowy cykl menstruacyjny i funkcje rozrodcze. Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od niego wpływa na rozrodczość, przyczynając od niepłodności i zwiększonego ryzyka poronienia, a kończąc na upośledzeniu wzrostu i rozwoju płodu.

Alkoholowy zespół płodowy

Picie przez matkę podczas ciąży powoduje u dziecka narażonego na kontakt z alkoholem wiele różnych skutków, między innymi nadaktywność i problemy z koncentracją uwagi, deficyty w uczeniu się i pamięci, problemy z rozwojem społecznym i emocjonalnym. Najpoważniejszym skutkiem picia przez ciężarną matkę jest alkoholowy zespół płodowy (fetal alcohol syndrome — FAS). U dzieci z FAS występują: charakterystyczny zespół deformacji twarzy, zahamowanie wzrostu, znaczące problemy z uczeniem się i/lub zachowaniem. Jednak dzieci narażone w okresie prenatalnym na kontakt z mniejszą ilością alkoholu też mogą mieć problemy z uczeniem się i zachowaniem. Nie został więc ustalony próg, poniżej którego nie pojawiają się żadne uszkodzenia płodu. Z tego powodu, zgodnie z rekomendacjami ministra zdrowia, dla kobiet w ciąży najbezpieczniej jest zachować abstynencję.

Rak piersi

Jedna na osiem amerykańskich kobiet zapada w ciągu życia na raka piersi. Niektóre dane sugerują, że spożywanie alkoholu może zwiększać ryzyko tej choroby. Chociaż zagrożenie to jest stosunkowo niewielkie, powinno się porównać korzyści z umiarkowanego spożywania alkoholu z ryzykiem raka. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, u których w rodzinie wystąpił rak piersi i które wydają się na niego szczególnie narażone, nawet jeśli nie spożywają dużo alkoholu. Podobnie kobiety po menopauzie, pijące umiarkowane ilości alkoholu, są bardziej zagrożone, jeśli stosują hormonalną terapię zastępczą, która jest znanym czynnikiem ryzyka raka piersi.

Alkohol a starsze kobiety

Ustanie funkcjonowania jajników podczas menopauzy i towarzyszący temu spadek produkcji steroidowych hormonów płciowych w jajnikach oznacza nie tylko powstanie specyficznych objawów i symptomów, ale także utratę ochronnego działania estrogenów przeciw osteoporozie i chorobie wieńcowej serca. Spożywanie alkoholu wpływa na zdrowie kobiet po menopauzie na dwa sposoby — bezpośrednio poprzez oddziaływanie alko-

holu na narządy, takie jak wątroba, mózg i przewód pokarmowy, oraz pośrednio poprzez zmianę we krwi poziomu steroidów płciowych, które wpływają na ryzyko choroby. O tym, czy alkohol wywiera dobroczynny, czy szkodliwy wpływ na ciało kobiety, decyduje zarówno wzorzec picia, jak i ilość spożywanego alkoholu.

Choroby serca

Numerem jeden wśród przyczyn zgonów amerykańskich kobiet jest choroba wieńcowa serca. Z jej powodu umiera co trzecia Amerykanka. Na podstawie kilku badań można sądzić, że przed menopauzą i po niej kobiety pijące od małych do umiarkowanych ilości alkoholu mogą mieć we krwi podwyższone stężenie estrogenu i produktów jego metabolizmu, broniących przed chorobą wieńcową serca. Choroba ta rzeczywiście występuje rzadko aż do menopauzy, najwyraźniej dlatego, że chroni przed nią obfitość estrogenów. Po menopauzie jednak ryzyko jej wzrasta, zbliżając się do takiego jak u mężczyzn. Duża część danych epidemiologicznych mocno sugeruje, że spożywanie alkoholu — od małego do umiarkowanego — znacząco zmniejsza ryzyko choroby wieńcowej serca u obu płci. Chociaż dokładne mechanizmy tego oddziaływania po-

zostają niejasne, wiadomo, że alkohol wpływa dodatnio na takie czynniki ryzyka i uwarunkowania związane z tą chorobą jak obniżenie LDL — "złego" cholesterolu i zwiększenie HDL — "dobrego" cholesterolu, a także zmniejszenie we krwi ilości zakrzepów i lepkości płytek — małych komórek odgrywających ważną rolę w tworzeniu zakrzepów. Z drugiej strony jest jednak jasne, że intensywne picie może uszkadzać serce.

Choroby kości

Osteoporoza polega na niskiej masie kości, zwiększonej ich łamliwości i podatności na pęknięcia. Prawie połowie kobiet, mających co najmniej 50 lat, zdarza się w ciągu życia złamanie związane z osteoporozą. W wieku około 35 lat ludzie osiągają "szczytową masę kości" i w tym momencie ich kości są najmocniejsze. Po 35. roku życia kobiety tracą 0,5 - 1% masy kości każdego roku. Natomiast w okresie menopauzy, gdy jajniki przestają produkować estrogen, procent traczonego każdego roku kośćca wzrasta do około 3-7%.

Na podstawie niektórych badań epidemiologicznych można przypuszczać, że picie od małych do umiarkowanych ilości alkoholu może wiązać się ze zwiększeniem gęstości mineralnej kości i zmniejszeniem ryzyka złamania u kobiet po menopauzie.

Nie udało się jednak stwierdzić tego efektu w badaniach na zwierzętach, w których kontrolowano ilość spożywanego alkoholu i inne czynniki związane z trybem życia. Jasno natomiast zostało wykazane, że intensywne picie alkoholu pogarsza zdrowie kości i zwiększa ryzyko osteoporoz, zmniejszając ich gęstość i osłabiając właściwości mechaniczne. Te efekty są szczególnie uderzające u młodych kobiet, których kości wciąż się rozwijają, ale chroniczne spożywanie alkoholu przez dorosłych też może zaszkodzić zdrowiu kości. Poza tym badania na zwierzętach sugerują, że niszczących skutków wczesnego, ciągłego kontaktu z alkoholem nie da-

je się odwrócić, nawet po zaprzestaniu picia.

Inne czynniki związane ze stylem życia, takie jak palenie tytoniu, także mogą zwiększać ryzyko osteoporoz i złamań. Osoby pijące alkohol o 75% częściej palą, palacze natomiast o 86% częściej piją. Współwystępowanie tych dwóch nawyków istotnie zwiększa zagrożenie chorobą.

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju osteoporoz u kobiet jest menopauza. Z wcześniejszych badań wynikało, że hormonalna terapia zastępcza po menopauzie chroni przed utratą gęstości kości i w dużym stopniu zmniejsza ryzyko złamań związanych z osteoporozą. Obszerne badanie Women's Health Initiative na temat zagrożeń i korzyści ze strategii zmniejszających ryzyko wystąpienia chorób serca, raka piersi i okrężnicy oraz złamań u kobiet po menopauzie przyniosło jednak wyniki wskazujące na to, że gdy zalety hormonalnej terapii zastępczej przeciwstawi się ryzyku innych chorób, takich jak rak, terapia ta nie jest korzystna nawet u kobiet bardzo zagrożonych złamaniami. Inne czynniki, takie jak ćwiczenia siłowe i zwiększona masa ciała, korzystnie wpływają na zdrowie kości.

Pamięć i funkcjonowanie mózgu

Najczęstszą formą demencji wśród starszych osób jest choroba Alzheimera. Charakteryzuje się ona postępującymi zmianami w zdolnościach poznawczych, w pamięci i nastroju. Kobiety zdają się bardziej na nią narażone niż mężczyźni, chociaż możliwe jest, że decyduje o tym dłuższy okres życia. Intensywne picie alkoholu, jak wiadomo, powoduje deficyty w pamięci. Może też podnosić ryzyko choroby Alzheimera u obu płci, a szczególnie u kobiet, gdyż są one bardziej niż mężczyźni podatne na uszkodzenia mózgu spowodowane alkoholem. Obecnie nie ma danych, które by sugerowały, że również umiarkowane picie alkoholu wpływa negatyw-

nie na funkcje mózgu. Niektórzy badacze są nawet przekonani, że umiarkowane picie alkoholu może wręcz chronić naczynia krwionośne w mózgu, tak jak naczynia w sercu chroni przed chorobą wieńcową.

Łączenie alkoholu z lekami

W negatywne interakcje z alkoholem wchodzi ponad 150 leków na receptę i wydawanych bez recepty. Szczególnie wrażliwe na ich działanie mogą być starsze kobiety. Chociaż osoby po 65. roku życia stanowią tylko 12% populacji, spożywają 25-35% wszystkich leków na receptę. Dlatego w tej grupie szczególnie ważną sprawą jest troskliwe zwracanie uwagi na interakcje alkoholu z lekami.

Stosowanie wyników badań w praktyce

Badania dostarczają informacji na temat wielu aspektów spożywania alkoholu przez kobiety, między innymi etnicznych wzorców picia, różnic międzypłciowych we wpływie genów na ryzyko problemów związanych z alkoholem i większej podatności kobiet na zdrowotne skutki intensywnego picia.

Najważniejszą kwestią jest to, że lekarze, zwłaszcza zaangażowani w profilaktykę i leczenie zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu, ale także zajmujący się ogólną opieką zdrowotną, powinni zdawać sobie sprawę z tego, jak picie alkoholu może wpływać na zdrowie kobiety. Picie alkoholu przez pacjentki lub ich wiedza na temat oddziaływania alkoholu na samopoczucie mogą istotnie wpływać na to, czy będzie można zapewnić im skuteczną opiekę lekarską. Dlatego każdej kobiecie trzeba koniecznie pomóc wyważyć zagrożenia i korzyści płynące z picia alkoholu oraz znaleźć odpowiednią dla niej miarę.

Źródło:

Alcohol Alert, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
<http://www.niaaa.nih.gov>

Jeść czy nie jeść?

Nie jeść. Taką odpowiedź najczęściej usłyszelibyśmy od osoby chorej na jadłowstręt psychiczny czyli anoreksję. Anorexia nervosa (z języka greckiego an – pozbawienie, oreksis – apetyt) to choroba, która kojarzy się przede wszystkim z niechęcią do jedzenia i bardzo szczupłym wyglądem. Jednak obraz choroby jest znacznie bardziej złożony.

Anoreksja to walka z samym sobą na śmierć i życie. Ze statystyk wynika, że spośród wszystkich zaburzeń psychicznych, właśnie ona najczęściej kończy się porażką chorego. W anoreksji wcale nie chodzi o to, żeby schudnąć. Nie jest zwykłą, tyle że skrajnie radykalną dietą. Dążenie do utraty wagi jest objawem choroby, a nie kosmetycznym celem nadrzędnym. Anoreksja to walka z samym sobą na śmierć i życie. Ze statystyk wynika, że spośród wszystkich zaburzeń psychicznych, właśnie ona najczęściej kończy się porażką chorego.

Czym zatem jest jadłowstręt psychiczny? Jest to zaburzenie odżywiania, prowadzące do zakłóceń w utrzymaniu prawidłowej masy ciała. Na przestrzeni ostatnich lat zyskało ono niechlubną popularność objawiającą się w stopniowym wzroście liczby zachorowań. Na anoreksję chorują głównie kobiety (choć odnotowuje się także przypadki zachorowań mężczyzn, a nawet dzieci), najczęściej przed 25. rokiem życia. Jednak to okres adolescencji (14. - 18. r. ż) jest tym, w którym istnieje największe ryzyko zachorowalności.

Jakie są symptomy jadłowstrętu psychicznego? W klasyfikacjach chorób wskazuje się na szereg objawów. Ten, który jest najbardziej widoczny, to celowa utrata masy ciała – wskaźnik BMI jest mniejszy niż 17,5. BMI jest współczynnikiem, który szacunkowo określa czy nasza waga jest odpowiednia dla naszego wzrostu. Można go obliczyć dzieląc wagę (kg) przez wzrost² (m²) (wskaźnik prawidłowej masy ciała zawiera się w przedziale 18,5 - 25,0). Osoby z zaburzeniami jedzenia znajdują wiele sposobów na to, by ich waga stale spadała. Unikają jedzenia (zwłaszcza tłuczonego), intensywnie ćwiczą czy stosują środki moczopędne. Przy tak niskiej masie ciała uważają, oceniają, a przede wszystkim czują się za grube. Często kierują się w życiu łacińską sentencją Quod me nutrit, me destruit, co znaczy „co mnie żywi, niszczy

mnie”. Choć zdają sobie sprawę, że ich waga jest za niska, negatywne odczucia w tym zakresie są dla nich silniejsze, a przede wszystkim ważniejsze niż racjonalne fakty. A za takie uznawane są między innymi pojawiające się u osoby chorej zaburzenia hormonalne. Ich rezultatem może być zanik menstruacji u kobiet - diagnostyczny jest brak trzech kolejnych miesiączek (obecnie u części kobiet miesiączki mogą się nie pojawiać także w wyniku stosowania antykoncepcji hormonalnej) czy zaburzenia potencji u mężczyzn. Według Amerykańskiej Klasyfikacji Chorób (DSM-IV) wyróżnia się dwa typy anoreksji: ograniczający, w którym osoba chora restrykcyjnie przestrzega diety oraz objadający - przeczyszczający, w którym osoba przestrzega diety, ale zdarzają jej się także epizody objadania się i prowokowania wymiotów. Ten drugi jest bardziej wyniszczający dla organizmu.

Jakie są przyczyny jadłowstrętu psychicznego? Anoreksja może mieć swoje źródło w bardzo zróżnicowanych obszarach. Jest prawdopodobne, że spadek wagi wynika z oddziaływań czynników biologicznych takich jak przekaz genetyczny, nieprawidłowe funkcjonowanie neuroprzekazników czy zaburzenia hormonalne. Badacze wskazują także, że pewne cechy osobowości, mogą przyczynić się do rozwoju i podtrzymania choroby, są nimi między innymi: perfekcjonizm, niska samoocena, wytrwałość, wysokie aspiracje a przy tym tłumiona agresja. Co poza cechami osobowości? Mówi się także o wpływie rodziny, o atmosferze, zasadach panujących w domu czy odnoszeniu się do rodziców do osoby chorej jak i do siebie nawzajem. A także o szeregu czynników społeczno - kulturowych kultywujących chudość ciała. Warto przy tym zaznaczyć, że oso-



by realizujące się w zawodach wymagających utrzymania ścisłej diety (m.in. sportowcy, tancerze) znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na anoreksję. Jakie są drogi pomocy? Osoby, u których zostanie zdiagnozowana anoreksja wymagają wielokie-

runkowej pomocy. Co więcej, wiąże się ona z potrzebą wzajemnej współpracy grona specjalistów takich jak psychiatra, psycholog czy specjalista do spraw odżywiania, ale także nieprofesjonalistów jak rodzina czy znajomi. Pomoc osobie chorej może wymagać, w zależności od stopnia zaawansowania choroby, także hospitalizacji. Podstawowym celem pomocy jest zapobieganie wyniszczeniu organizmu (intensywne głodzenie się może prowadzić nawet do śmierci) poprzez uregulowanie działania poszczególnych narządów oraz układów i stopniowe zwiększanie masy jej ciała. Dopiero po ustabilizowaniu fizycznego stanu chorej, specjaliści mogą rozpocząć pracę nad jej funkcjonowaniem psychicznym i wprowadzić terapię. U dziewcząt, które nie ukończyły 18. r. ż. wskazuje się jako niezbędne włącznie do leczenia terapii rodzinnej. Gdy pojawiają się współwystępujące objawy jak np. depresja, możliwe jest zastosowanie leczenia farmakologicznego. Wymaga ono jednak uwzględnienia wszystkich uwarunkowań i ograniczeń związanych z zaburzeniami odżywiania.

ak

ANOREKSJA

SKUTKI CHOROBY:

- brak miesiączki, bezpłodność,
- wzdęcia, zaparcia,
- niskie ciśnienie krwi,
- zaburzenia rytmu serca,
- wzrost poziomu cholesterolu we krwi,
- problemy z cerą, skórą, wypadanie włosów,
- niedokrwistość (anemia),
- bóle i zawroty głowy,
- omdlenia,
- zimne dłonie,
- pocenie się stóp,
- bezsenna,
- stany depresyjne,
- zaburzenia tarczycy,
- hipotermia,
- osteoporoza,
- wyniszczenie organizmu.

W skrajnych przypadkach anoreksja może prowadzić do śmierci.



Asertywność – jestem sobą

Na wstępie spróbujmy zastanowić się, czym jest asertywność, jaką rolę pełni w codziennym życiu oraz co sprawia, że jest istotna. Choć w powszechnej opinii asertywność jest utożsamiana z umiejętnością mówienia „nie”, to jej definicja i rola są dużo bardziej skomplikowane.

Asertywność to zdolność do otwartego wyrażania własnego zdania, emocji i poglądów, z równoczesnym okazaniem szacunku sobie i innym oraz z wzajemnym poszanowaniem granic. Postawa asertywna zakłada, że własne potrzeby i prawa są tak samo ważne jak innych osób, więc każdy ma prawo do bycia sobą, podejmowania osobistych decyzji, okazywania uczuć i prezentowania postaw. Będąc asertywnymi komunikujemy się z ludźmi, zachowując własną odrębność, ale nie narzucamy jednocześnie innym swojego zdania. Bycie asertywnym nie

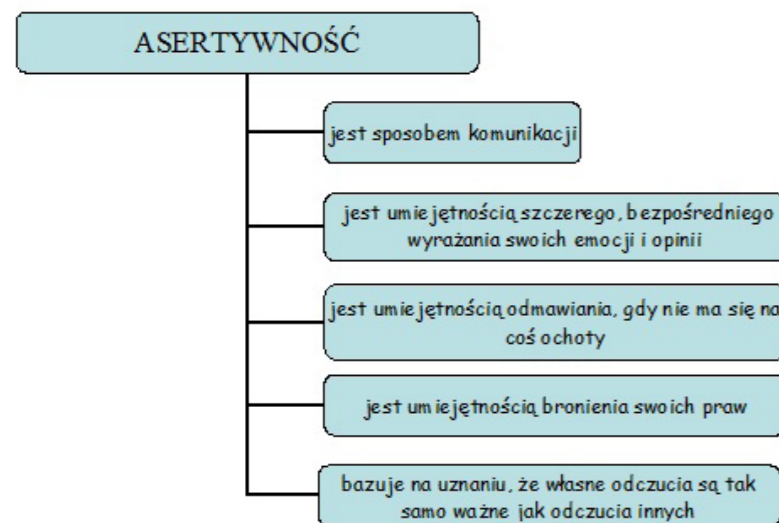
tuje się w ciągu naszego życia w toku relacji z innymi osobami. Tym samym ludzie różnią się poziomem zdolności do bycia asertywnymi. Niektórzy, umniejszając szacunek do samych siebie, stają się nadmiernie ulegli. Inni, mający tendencję do przekraczania cudzych granic, stają się nadmiernie roszczeniowi, a niekiedy agresywni. Asertywność idzie w parze z pewnością i zadowoleniem z siebie, a także większą świadomością i zrozumieniem własnych mocnych i słabych stron. Tym samym wpływa na wzrost samoakceptacji.

przyjmowania pochwał i okazywania wdzięczności oraz dzielenia się swoimi opiniami i poglądami. Najważniejszym krokiem do stania się osobą asertywną jest nabranie pewności, że to co czujemy i myślimy jest ważne, na równi z tym, co czują i myślą inni ludzie. Ponadto osoba asertywna to taka, która umiejętnie stawia swoje własne, psychologiczne granice. W chorobie bardzo istotne jest, aby pacjent umiał dać sobie przyzwolenie na bycie zmęczonym, osłabionym, na spędzaniu czasu po swojemu i z tymi osobami, z którymi ma ochotę. Pacjent ma pełne prawo do tego, aby odmówić odwiedzin lub spotkania z kimkolwiek - bez poczucia winy. Osoba chora ma też prawo do tego, aby nie mówić o swoich dolegliwościach każdemu napotkanemu znajomemu, czy w odpowiedzi na każdy telefon. To od nas powinno zależeć, komu z krewnych czy przyjaciół kiedy i jak dużo opowiemy o swojej chorobie - postawienie w tym miejscu odpowiedniej psychologicznej granicy jest bardzo istotne w procesie adaptacji do sytuacji choroby i leczenia.

Asertywna i empatyczna zarazem komunikacja z bliskimi może znacząco poprawić jakość opieki, wpłynąć korzystnie na współpracę z chorym, a także mobilizować do przestrzegania zaleceń. Bliscy, komunikując się asertywnie, stają się wrażliwsi na swoje potrzeby, są wobec siebie bardziej otwarci i wyrozumiali, łatwiej im współodczuwać, koncentrują się na swoich przeżyciach, a nie tylko na objawach choroby i potrafią wzajemnie uszanować swoje opinie i granice.

Asertywność może także wpłynąć na komunikację pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Warto mieć na uwadze, że

Jest powiązana z lepszą umiejętnością współpracy i negocjacji, skutecznym rozwiązywaniem konfliktów i łatwiejszym dochodzeniem do kompromisów, a także większym zadowoleniem i nawiązywaniem relacji z innymi. To także zdolność do przyjmowania i wyrażania krytyki, chwalenia,



oznacza bycie aroganckim. Można stanowczo wyrażać swoje opinie i emocje, będąc jednocześnie życzliwym i uprzejmym dla drugiego człowieka. **Warto mieć świadomość, że nikt z nas nie rodzi się asertywny. Asertywność jest cechą nabytą, która w różny sposób, lepiej lub słabiej, kształ-**



w procesie komunikacji zawsze uczestniczą dwie strony, które na zmianę w toku rozmowy są nadawcami i odbiorcami komunikatów. Za sukces w komunikacji można uznać moment, w którym obie strony rzeczywiście rozumieją, co druga osoba chciała powiedzieć.

Aby go osiągnąć potrzebne są starania obydwu stron (tak pacjenta, jak i specjalisty). Istnieją liczne czynniki mogące utrudniać nawiązanie dobrej komunikacji, jak na przykład stres i trudne emocje (lęk, bezsilność, żal), które odciągają uwagę pacjenta od tego, co mówi lekarz, utrudniając zrozumienie i zapamiętanie jego słów. Przeszkodą może być założenie, że lekarz sam domyśli się, jaki problem nurtuje pacjenta i z góry będzie znał odpowiedzi na niezadane jeszcze pytania. Bariery komunikacyjną może okazać się także fachowe słownictwo.

Utrudnieniem dla nawiązania dobrej, empatycznej komunikacji jest także brak wzajemnego zaufania, zarówno lekarza do pacjenta, że ten będzie odpowiadał szczerze i nie zatai żadnych istotnych faktów związanych ze swoimi dolegliwościami, objawami, przebiegiem terapii oraz tym, czy stosuje się do zaleceń. Podobnie jest z zaufaniem pacjenta do lekarza, że ten w zgodzie ze współczesną wiedzą medyczną zaproponuje mu możliwie jak najkorzystniejszą metodę badania czy leczenia.

Umiejętność bycia asertywnym może się okazać bardzo pomocna w poradzeniu sobie z chorobą i z kryzysami, które są naturalnie wpisane w jej dynamikę, począwszy od momentu dostrzeżenia niepokojących objawów, poprzez stres i poczucie bezsilności towarzyszące diagnostyce, następnie obawę przed efektami ubocznymi terapii, a skończywszy na silnym lęku przed zaostrzeniem choroby i śmiercią. Nierzadko bywają momenty, kiedy poza walką z SM pacjent zmagają się także z innymi trudnościami.

Dzięki byciu asertywnym chory nie będzie traktował gorszego momentu w przebiegu choroby w kategoriach osobistej porażki. Będzie potrafił lepiej nazwać dręczące go uczucia i zrozumieć, dlaczego się pojawiły. Asertywny pacjent z większą akceptacją będzie poszukiwał fachowej pomocy specjalistów, takich jak psycholog, psychiatra czy psychoterapeuta. Konsultując się z nimi nie będzie nadmiernie odczuwał wstydu i poczucia winy, bo jego uwaga będzie skupiona na tym, aby pomóc sobie przetrwać trudności.

Rozmowa z odpowiednim specjalistą, a niekiedy włączenie leków poprawiających nastrój lub obniżających poziom lęku, pomaga w zredukowaniu natężenia przykrego dla pacjenta napięcia, ułożeniu myśli i spojrzeniu na swoją sytuację z innej perspektywy. To z kolei może znacząco ułatwić proces adaptacji do sytuacji przewlekłej choroby i długotrwałego leczenia, a także odbudować nadzieję i wpłynąć na chorego mobilizująco.

Jeżeli wydaje Ci się, że nie jesteś asertywny, zastanów się w pierwszej kolejności, co cię hamuje. Różne doświadczenia z przeszłości wpływają na to, jak zachowujesz się obecnie. Jeżeli czujesz się niekomfortowo ze swoimi przekonaniami i emocjami oraz z tym, jak reagujesz w różnych sytuacjach, spróbuj się nad nimi trochę zastanowić. Pamiętaj, że Twoje uczucia i potrzeby są ważne, postępuj w zgodzie z sobą, jednocześnie okazując szacunek dla drugiej osoby i jej własnych granic. **Z czasem zaczniesz lepiej rozpoznawać i rozumieć swoje uczucia. Mów o tym co czujesz, czego ci potrzeba, co przeszkadza. Dzięki otwartej komunikacji umocnisz swoje relacje z ludźmi. Śmiało zadawaj pytania, naucz się przyjmować krytykę. Pozwól sobie na popełnianie błędów, traktuj to w kategoriach samorozwoju i buduj pewność siebie oraz zdolność do podejmowania decyzji.**

H.K.



ABY ODZYSKĆ SENS

O przeżywaniu straty bliskiej osoby

Kiedy umiera bliska nam osoba, w nas i wokół nas, odczuwamy pustkę. Rzeczywistość staje się nierealna, pojawiają się setki pytań, nastroje i emocje zmieniają się szybko i niezrozumiale. Gubimy się w pustce, która zostaje i gubimy się w uczuciach, których doświadczamy. Nie wiemy, czy to, co przeżywamy jest „normalne”, czy ból, który odbiera nam oddech kiedykolwiek minie, czy gniew i żal, i poczucie winy, i lęk, i rozpacz mogą kiedykolwiek przestać być tak silne, a nawet przeminąć zupełnie. Gubimy się w tym, co przeżywamy, ponieważ nikt też nas nigdy nie przygotowywał na to doświadczenie. Otoczenie równie zagubione jak my, często nie umie odpowiedzieć na nasze potrzeby, nie potrafi wysłuchać i wesprzeć.

Żałoba jest doświadczeniem trudnym i bolesnym, jest jednak również doświadczeniem ważnym, przez które trzeba przejść, aby znów móc odnaleźć w życiu pełnię, radość i pójść do przodu mimo poniesionej straty. Każda osoba inaczej będzie przeżywać odejście bliskiego. Zależy to od wielu czynników związanych z relacją, z osobowością, również ze sposobem, w jaki się kogoś traci. Niezależnie jednak od tych różnic każdy proces żałoby będzie niósł ze sobą zadania, które muszą zostać wypełnione na jego poszczególnych etapach, aby móc odzyskać równowagę i powrócić do codziennego, zdrowego funkcjonowania. Warto mieć na uwadze, że proces ten może przebiegać w różnym tempie i z różną intensywnością. Poniżej omówiono kolejno cztery następujące po sobie zadania/fazy żałoby wraz ze wskazaniem na zaburzenia procesu żałoby mogące wystąpić na poszczególnych etapach.

1. Akceptacja zaistnienia straty

Pierwsze reakcje na wiadomość o śmierci bliskiej osoby to szok, odrętwienie, emocjonalny dystans, niedowierzanie. Nawet, jeżeli śmierć następuje po długiej chorobie, zawsze wydaje się ona czymś niespodziewanym, niemożliwym, wręcz pomyłką. Na tym etapie osoba doświadczająca straty oczekuje, że zmarły wróci, że wszystko okaże się głupim żartem lub złym snem. Strata jest tak dużym ciosem, że nie jesteśmy w stanie jej pojąć i zaakceptować. Negujemy to, co się stało, ponieważ trudno jest nam spojrzeć prawdzie w oczy. Na tym etapie mogą pojawiać się halucynacje związane z obecnością bliskiej osoby. Zatrzymanie się w tej fazie oznacza trwanie w zaprzeczaniu stracie i tym samym uniemożliwia jej doświadczenie i przeżycie związanego z nią bólu. Aby rozpocząć proces żałoby musimy zaakceptować poniesio-

ną stratę, jak również zrozumieć to, co się wydarzyło - jak doszło do śmierci bliskiej nam osoby.

2. Przeżywanie bólu straty

Kiedy osoba doświadczająca straty, uzna śmierć bliskiej osoby zarówno na poziomie emocjonalnym, jak i intelektualnym, zaczyna przeżywać bardzo silne i często sprzeczne uczucia. Pełne doświadczenie bólu straty jest jedyną drogą na przepracowanie żałoby i uwolnienie się od cierpienia. Żałoba jako przeżycie niecodzienne i nieznanne niesie ze sobą uczucia, których nigdy wcześniej nie doświadczaliśmy lub takie, które jest nam trudno zaakceptować. Mogą one nie pasować do naszego obrazu samego siebie lub możemy ich nie rozumieć. Przeżywanie bólu straty to bardzo trudny okres, w którym wsparcie innych osób, ich otwartość na towarzyszenie w bólu niezmierznie pomagają przeżywać pojawiające się uczucia.

W fazie drugiej żałoby - w tzw. „fazie ostrej” – pojawia się mocne, czasowe przeżywanie bólu związanego z lękiem i cierpieniem psychicznym. Bardzo silnie odczuwany jest brak zmarłego. Osoba w żałobie doświadcza dużego smutku, płacze i trudno jest jej wyobrazić sobie, że kiedyś znów będzie mogła cieszyć się życiem. W okresie tym codzienne czynności, praca, obowiązki wymagają wiele wysiłku. Na tym etapie mogą również towarzyszyć nam myśli samobójcze, chęć nieistnienia lub połączenia się ze zmarłym. Myśli te powodowane są ogromem bólu i chęcią ucieczki przed nim. Jeżeli jednak pragnienia te konkretyzują się, przybierając formę precyzyjnego planu, należy zwrócić na nie szczególną uwagę i poprosić o pomoc specjalistę – psychologa. Ból po stracie może również przejawiać się w postaci buntu i agresji kierowanych na różne osoby, na Boga, na zmarłego,

na przyjaciół. Osoba będąca w żałobie wątpi w wyznawane wartości, podważa je. Są to naturalne reakcje w tym okresie, gdyż doświadczając straty czujemy się ograbieni z osoby, którą kochaliśmy, z marzeń, które się z nią wiązały, z poczucia bezpieczeństwa. Jakaś część nas została bezpowrotnie utracona. Pogodzenie się ze stratą wymaga czasu, wymaga wykrzyżowania złości, bólu, poczucia skrzywdzenia. Towarzyszyć temu może poczucie zagubienia, pytania o to, kim teraz jestem, czasem obniżone poczucie własnej wartości. Również poczucie winy względem zmarłego może potęgować przeżywane cierpienie. Żałujemy niewypowiedzianych w porę słów lub tych słów, które chcielibyśmy cofnąć, żałujemy czasu, którego nam nigdy nie starczało, zbyt małej troski, odwołanego spotkania. Wyrzuty takie mogą męczyć osobę w żałobie przez

bardzo długi czas i ważne, aby mogły zostać wypowiedziane, uwolnione. Otwarcie się na doświadczenie bólu po stracie jest niezbędne, aby żałoba mogła zostać zakończona. Może wydawać się, że łatwiejsze byłoby uciekanie w wir zajęć, obowiązków, unikanie myślenia o zmarłym, nieokazywanie uczuć, udawanie, że wszystko jest w porządku. Na krótką metę chroni nas to przed trudnym doświadczeniem cierpienia, jednak w przeżyciu żałoby nie ma drogi na skróty. Odcinając się od naszego smutku, bólu, lęku, złości, poczucia winy, osamotnienia, nie będziemy w stanie poradzić sobie z tym doświadczeniem. Nieprzeżyte uczucia mogą zablokować nasz rozwój, przerodzić się w objawy fizyczne lub w innym trudnym momencie odezwać się z większą siłą. Tylko skonfrontowanie się ze swoimi przeżyciami doprowadzi nas do uwolnienia się od tych trudnych uczuć i pozwoli pójść dalej.

3. Radzenie sobie w nowej rzeczywistości bez osoby zmarłej

Kolejny etap żałoby przynosi stopniowe odzyskiwanie sił życiowych i powrót do równowagi. Osoba dotknięta stratą zaczyna dopuszczać do siebie myśl, że życie bez osoby zmarłej oraz porządzenie sobie w nowej sytuacji są możliwe. Okres ten niesie za sobą ważne wyzwania. Osoba w żałobie musi na nowo zorganizować swoje życie tak, aby poradzić sobie bez zmarłego. Niekiedy wymaga to dużo pracy, aktywności, nabywania nowych umiejętności. Może towarzyszyć temu uczucie zwątpienia we własne możliwości, rozczarowania, smutku i bezsilności. Niekiedy również z powodu śmierci bliskiej osoby zmienia się nasz status społeczny i przez to również relacje z otoczeniem. Moment ten może być trudny dla żałobnika, dlatego też wsparcie najbliższych, ich obecność i gotowość do pomocy są równie ważne w tym okresie, jak na wcześniejszych etapach. Zagrożeniem dla możliwości przystosowania się do rzeczywistości po stracie jest uciekanie w rolę osoby bezradnej. Osoby przyjmujące tę rolę nie znajdują bowiem siły do rozwijania nowych umiejętności i podejmowania na nowo swoich obowiązków. Blokują to dopełnienie procesu żałoby i powrót do pełniejszego życia.

4. Odnalezienie na nowo radości z życia i nowego miejsca dla osoby zmarłej.

Wiele osób, które przeszło przez etap bólu i odnajdywania się w nowej rzeczywistości może mieć trudność z ostatnim zadaniem, jakiego wymaga domknięcie żałoby. Tutaj bowiem należy znaleźć nowe miejsce dla osoby zmarłej w naszym życiu. Dotąd podczas żałoby zmarły był postacią centralną. Na niej skupialiśmy całą naszą energię życiową, uwagę, emocje, wokół zmarłego krążyły nasze myśli. Pójdźcie dalej wymaga uwolnienia tej energii. Nie chodzi o to, byśmy o zmar-

łym zapomnieli, pozbyli się wspomnień, tęsknoty i uczuć, jakimi go darzymy. To wszystko zostanie, zmarły na zawsze będzie miał szczególne miejsce w naszym sercu. Zmienia się jednak intensywność tej relacji. Powoli zaczynamy widzieć, że możliwe jest życie poza tym związkiem, że na nowo możemy cieszyć się otaczającym światem i angażować się w niego. Na tym etapie może pojawić się również lęk, że kolejne relacje także zakończą się stratą. Niekiedy osoby z obawy przed tym postanawiają nie zawierać nowych związków, nie odczuwać miłości do innych osób i do życia samego. Oznacza to zatrzymanie swojego życia w momencie straty, bywa, że na wiele lat. W chwili, gdy uda się wypełnić ostatnie zadanie, nie pominąwszy poprzednich, proces żałoby zostaje zakończony.

Ku odzyskaniu sensu

Często podaje się okres roku lub dwóch lat jako czas potrzebny do zakończenia żałoby. Jednak czasu, którego każdy indywidualnie potrzebuje, aby zaakceptować śmierć bliskiego, przeżyć ból, pustkę, poczucie winy, uporać się z nową rzeczywistością i znowu zacząć cieszyć się życiem nie da się określić. Niekiedy żałoba trwa osiem miesięcy, niekiedy może trwać pięć lat. Dopiero kiedy potrafimy wspominać zmarłą osobę bez intensywnego bólu, możemy sądzić, że zakończyliśmy proces żałoby. Żałoba niesie również ze sobą większą akceptację dla skończoności ludzkiego życia. Smutek po stracie będzie się jednak odzywał w nas całe życie. Pojawiać się będzie w momentach szczególnie dla nas ważnych lub przy okazji świąt rocznicowych. Życie po stracie nigdy nie jest takie samo jak przedtem. Możliwe jest jednak odkrycie w nim nowego sensu i odzyskanie szczęścia. Doświadczenie żałoby dla wielu jest źródłem siły i mądrości, którymi można dzielić się z innymi. Po utracie bliskiej osoby starajcie się zachować cierpliwość, nie wybie-

gać myślami w przyszłość. Z czasem emocje staną się mniej intensywne.

Aby przejść przez proces żałoby, trzeba:

- dopuścić do siebie myśl o stracie,
- pozwolić sobie na rozpacz,
- odnaleźć nowy sposób na życie, aby było ono wartościowe, mimo braku fizycznej obecności ukochanej osoby (choć możecie mieć wrażenie, że jej duch nadal wam towarzyszy),
- wykorzystać energię, by wykreować nową rzeczywistość i postarać się z czasem zacząć normalnie żyć.

Jednak nie próbujcie pomijać żałoby. Nie pomożecie sobie, próbując zakończyć żałobę przedwcześnie lub uciekając przed nią. Bo prędzej czy później emocje i uczucia z nią związane powrócą. Ponowny ból może wywołać znana melodia, miejsce, fotografia lub przypadkowe wspomnienie. Gdy rozpacz spada zniwiera, trudno sobie z nią poradzić. Wspominając zmarłego i jego życie, nie należy koncentrować się na tym, w jaki sposób odszedł. Na przykład bliscy osoby, która popełniła samobójstwo, mogą być szczególnie narażeni na to, że i oni targną się na swoje życie. To dlatego, że towarzyszy im poczucie winy związane z niezapobieżeniem tragedii i powoduje myśli na temat końca własnego życia. Nie pograżajcie się w bólu. Jeżeli odnosicie wrażenie, że wy - lub inna osoba - utknęliście w miejscu, pograżając się w bólu, to być może warto poszukać pomocy u lekarza rodzinnego, psychologa, psychiatry lub osoby duchownej.

Artykuł został napisany w oparciu o książkę Manu Keirse „Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?” (Polwen, Radom 2004), którą bardzo polecam wszystkim osobom doświadczającym żałoby lub wspierającym innych w tym

- żałoba po stracie bliskiej osoby jest tak wyczerpująca, że inne aspekty życia mogą zejść na dalszy plan;

- ból może być wszechogarniający;

- możecie mieć napady paniki, napady duszności, zawroty głowy - to normalne;

- poczucie winy, dezorientacja, wściekłość i ogromny żal to również często spotykane uczucia;

- mogą pojawić się myśli samobójcze, (jeśli myśli te nie opuszczają was przez dłuższy czas, należy bezzwłocznie poszukać pomocy lekarza, psychologa lub osoby duchownej);

- kłopoty z pamięcią to częsty, ale przemijający objaw;

- żałoba nie przebiega według określonego wzorca czy harmonogramu, to najtrudniejsza rzecz, z jaką kiedykolwiek przyszło wam się zmierzyć, a więc dajcie sobie czas;

- jeśli to możliwe, starajcie się opóźnić podejmowanie ważnych decyzji;

- starajcie się żyć według ustalonej rutyny: znajdźcie sobie jakieś zajęcia, zaplanujcie cały dzień;

- postarajcie się otaczać ludźmi, którym będziecie mogli opowiedzieć o swojej rozpacz;

- powiedzcie przyjaciołom i rodzinie o swoich potrzebach, pozwólcie, by wam pomogli - dajcie im znać, że chcecie porozmawiać z kimś albo po prostu z kimś pobyć;

- wyrażajcie swoje uczucia od razu, mówcie o nich lub zapisujcie je w pamiętniku;

- nie wahajcie się szukać pomocy u specjalistów;

- nikt lepiej od was nie wie jak się czujecie i jak powinniście się zachowywać;

- starajcie się nie słuchać dobrych rad typu: "wiem co czujesz, ale powinieneś", "już czas, żebyś zaczął normalnie żyć" mogą one tylko denerwować, a w niczym wam nie pomogą. Często wypowiedane są przez ludzi w dobrej wierze, ale niestety potrafią wyrządzić dużo złego. Jasno komunikujcie, że nie życzyacie sobie "dobrych rad".



Anna Drajewicz

To, co TERAZ najważniejsze

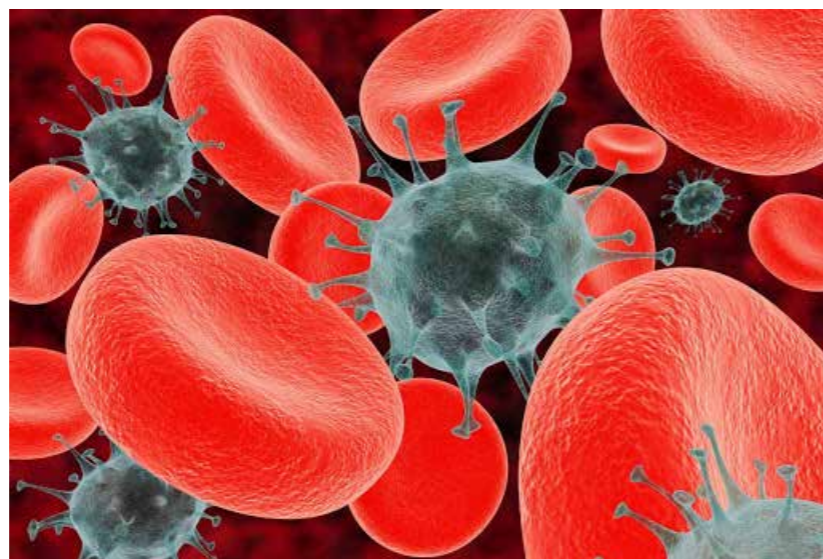


Życia w tak „ciekawych czasach” chyba nikt z nas sobie nie życzył. Nawet Chińczycy, którym przypisywane jest to powiedzenie. Natomiast interesujące i „ciekawe” jest, dlaczego wszystkie media, które mogłyby wykorzystać teraz dostępne narzędzia do edukowania społeczeństwa w temacie: jak podnieść swoją naturalną odporność – cały czas skupiają się na ochronie zewnętrznej.

Zalecają kupowanie maseczek, żelów antywirusowych; utrzymywanie dystansu itd. - a nie uczą i nie tłumaczą społeczeństwu, jak funkcjonuje nasz układ odpornościowy. Dlaczego tego nie robią? Przecież każdy człowiek ma zdolność do jego naturalnego wzmocnienia. Może to nie powstrzyma rozprzestrzeniania się wirusów, ale wydatnie wzmocni naszą obronę przed nimi. W efekcie zmniejszyłoby to procent poważnych przypadków, a gdyby już doszło do zachorowania, znacznie szybciej można byłoby wyleczyć się w domu.

Bo przecież nasze CIAŁO to prawdziwa maszyna lecząca się; jego potencjał obrony i uzdrowienia jest ogromny. Zatem, pamiętajcie o **profilaktyce**; śmieciowe jedzenie – przetworzone i rafinowane produkty, to pierwsza rzecz, która niszczy naszą obronę odpornościową. A jej wydajność zależy od jakości naszej flory jelitowej, czyli od **jakości** tego, co spożywasz. Żywe, surowe, lokalne i sezonowe wa-

rzywa i owoce to najlepszy sposób na zwiększenie naszych rezerw mineralnych i witaminowych. Znaczą limfocyty T? Zimny przysznic w ciągu kilku dni jest w stanie podnieść ich poziom! Możesz też wykorzystać skuteczne antywirusowe olejki eteryczne. Oprócz pożądanego efektu zafundujesz so-



bie przyjemny zapach w domu. Bardzo ważna jest aktywność fizyczna, jakakolwiek; ostatnie badania potwierdzają stosunkowo szybką skuteczność jogi dla wzmocnienia układu immunologicznego. Ruch to zdrowie; „jest on w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu” – powiedział Wojciech Oczko, nadworny lekarz królów polskich.

Polecam książkę M.Tombaka „Jak żyć długo i zdrowo”).

A wiesz, co najbardziej osłabia twoją odporność? STRACH – obecnie główna emocja pojawiająca się u ludzi po wysłuchaniu wiadomości. Wszystkie media budują na nim swój przekaz, a ON generuje ogromny poziom lęku, który codziennie coraz bardziej osłabia ludzkość. Je-

śli słuchasz „na okrągło” radio, telewizję i jeszcze potwierdzasz internetem.... to twój poziom lęku wykracza poza wszelką skalę. **Zacznij świadomie wybierać, kogo i co słuchasz. Oglądaj komedie, czytaj pozytywne książki.**

Witaminy A, D, E i K to witaminy rozpuszczalne w tłuszczach. (Łatwo przyswoisz i zapamiętasz skrót – ADEK). Wszystkie są istotne, ale dla nas, SM-owców, strategiczna jest witamina D.



Gdy ją kupisz, na opakowaniu przeczytasz napis: przyjmować z posiłkiem obfitym w tłuszcz. Bierzesz to zalecenie do serca? Jeśli nie, nie dziw się, że jej poziom nie podnosi się wcale, albo bardzo powoli. Przyswoisz ją w pełni, jeśli będziesz suplementował podczas posiłków bogatych w tłuszcz. Ta witamina takiego potrzebuje środowiska. Kolejna ważna sprawa – ile IU dziennie przyjmujesz. Z mojego doświadczenia wynika, że w sezonie jesienno – zimowym potrzebujemy około 4.000 do 8.000 IU dziennie. Badaj systematycznie jej poziom; jeżeli wynosi poniżej 20 ng/ml – to masz stan ciężkiego niedoboru! Wartość około 50 ng/ml uznaje się za prawidłową, natomiast w chorobach autoimmunologicznych czy przewlekłych zakażeniach, poziom powinien być wyższy (między 70 ng/ml a 80 ng/ml). Przypomnę, dlaczego ta witamina jest tak dla nas istotna.

* PRZED WSZYSTKIM PODNOSI ODPORNOŚĆ.

* Budowanie kośćca, co zmniejsza ryzyko osteoporozy i krzywicy.

* Poprawia jakość snu i wiele innych funkcji, między innymi: obniża ciśnienie krwi, zmniejsza ryzyko cukrzycy, otyłości; zbawien-

na w przebiegu chorób autoimmunologicznych.

* Niektóre źródła podają wręcz, że jej niedobór przyczynia się do zachorowania na stwardnienie rozsiane.

* Obniża znacznie ryzyko rozwoju chorób serca i zachorowania na gripę.

Podsumujmy; zwiększysz swoją odporność, zapamiętując i wcielając w życie **regułę 5S**:

1. Świadome odżywianie – w żywieniu znajdziesz mnóstwo witamin i minerałów, które naturalnie wzmocniają odporność. Przdają produkty z wysoką zawartością witaminy C (kiszonki, dzika róża). Pamiętaj, że dobrze odżywiony organizm ma więcej siły, aby bronić się przed „niechcianymi gośćmi”.

2. Sprawność fizyczna – dobra kondycja i sprawne ciało szybciej radzi sobie z infekcjami, często zwalczając drobnoustroje od razu, jak tylko pojawią się w organizmie - nawet nie pozwalając chorobie pokazać pierwszych objawów.

3. Skuteczne oczyszczanie organizmu z toksyn – organizm, który nie jest obciążony toksynami spożywanymi z jedzeniem, lepiej zareaguje na walkę z infekcją. Wzmocnienie mechanizmu oczyszczania

pozwole szybciej uporać się z ewentualną chorobą.

4. Suplementacja naturalna – chyba nie wymaga dodatkowych wyjaśnień; naturalne suplementy ze sprawdzonych źródeł zmieniają siłę natury w twoją osobistą ochronę przed zachorowaniem. Teraz szczególnie warte twojej uwagi będą te, które podnoszą odporność.

5. Stres – ten przewlekły, to jeden z największych wrogów odporności. Naucz się sobie z nim radzić, oraz panować nad swoimi emocjami – może warto zapisać się na szkolenia on-line; bardzo dużo praktyków organizuje też darmowe webinaria. Gdy jesteś panem swoich emocji, układ odpornościowy funkcjonuje bez zakłóceń. Spokojna głowa to też głęboki i bardziej efektywny sen; a ten jest chyba największym sojusznikiem regeneracji sił organizmu do obrony przed patogenami. Wszak zdrowie zaczyna się od głowy!

Holistyczne podejście pozwoli ci cieszyć się pełnią sił i wzmocni szanse przejścia sezonu covidowo – grypowego bez zachorowania. Tego wam wszystkim życzę, jak również – wszak przed nami - spokojnych i błogosławionych Świąt! Pomimo.

Gdzie znajdziesz pomoc

dla ofiar przemocy seksualnej i przemocy wobec kobiet?

- **800 280 900** - Telefon zaufania dla ofiar przemocy seksualnej w Kościele, wt. 19.00-22.00
- **800 120 002** - "Niebieska Linia" - Ogólnopolski telefon dla ofiar przemocy w rodzinie, 12.00-18.00
- **888 883 388** - Telefon przeciwpromocowy Fundacji Feminoteka, pon.-pt. 8.00-20.00
- **22 621 35 37** - Telefon Zaufania Centrum Praw Kobiet, pon.-pt. 10.00-16.00 (czwartki - dyżury prawników)
- **600 070 717** - Interwencyjny Telefon Zaufania Centrum Praw Kobiet
- **pomoc@cpk.org.pl** - Pomoc mailowa Centrum Praw Kobiet
- **porady.psychologiczne@cpk.org.pl** - porady psychologiczne Centrum Praw Kobiet

Gdzie znajdziesz pomoc

dla ofiar przemocy w rodzinie?

- **800 120 226** - Policyjny Telefon Zaufania ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, pon.-pt. 9.30-15.30
- **800 120 002** - "Niebieska Linia" - Ogólnopolski telefon dla ofiar przemocy w rodzinie, 12.00-18.00
- **22 845 12 12** - Poradnia ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie Ośrodka Interwencji Kryzysowej 8.00-20.00
- **800 120 148** - Policyjna linia specjalna "Zatrzymać Przemoc", całodobowa
- **800 100 100** - Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, pon.-pt. 12.00-15.00
- **Twój parasol** - aplikacja dla ofiar przemocy w rodzinie, dostępna na Android i iOS - udaje aplikację pogodową, po dwukrotnym kliknięciu w ikonę zachmurzenia pojawia się panel pomocy.

Gdzie znajdziesz pomoc

w kryzysie psychicznym?

- **116 123** - Telefon Zaufania dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym, pon.-pt. 14.00-22.00
- **116 111** - Telefon Zaufania dla dzieci i młodzieży Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, 12.00-02.00
- **800 702 222** - Centrum Wsparcia Fundacji Itaka, całodobowe
- **800 080 222** - Telefon Zaufania dla dzieci i młodzieży Fundacji Itaka, całodobowy
- **porady@liniawsparcia.pl** - adres e-mail Centrum Wsparcia Fundacji Itaka
- **22 484 88 01** - Antydepresyjny Telefon Zaufania Fundacji Itaka pon. i czw. 17.00-19.00
- **22 594 91 00** - Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji śr.-czw. 17.00-19.00

Gdzie znajdziesz pomoc

dla osób LGBT?

- **22 628 52 22** - Poradnictwo psychologiczne fundacji Lambda Warszawa pon.-pt. 18.00-21.00
- **poradnictwo@lambdawarszawa.org** - Poradnictwo psychologiczne fundacji Lambda Warszawa
- **psycholog@transfuzja.org** - Pomoc psychologiczna dla osób transpłciowych Fundacji Trans-Fuzja
- **fundacja@wiaraiteczka.pl** - Fundacja Wiara i Tęcza wspierająca akceptację LGBT w Kościele Katolickim
- **bezpieczniej@kph.org.pl** - Pomoc psychologiczna Kampanii Przeciw Homofobii (możliwe spotkanie z psychologiem w budynku KPH)
- **Grupa Stonewall** - oferuje konsultacje psychologiczne i grupy wsparcia dla osób LGBT i ich rodzin, dyżury telefoniczne do wglądu na stronie internetowej **grupa-stonewall.pl**

Grupa wsparcia

Grupa wsparcia jest formą pomocy psychologicznej. Zwykle w grupach wsparcia uczestniczą osoby, które łączą podobne problemy i trudności. Grupy takie mogą mieć charakter zarówno formalny (organizowane przez specjalistyczne instytucje i prowadzone przez jedną lub dwie profesjonalnie przygotowane osoby), jak i samopomocowy (gdzie tworzone są przez samych jej członków). Grupy takie mogą mieć także charakter otwarty (gdzie w każ-

dym momencie mogą dołączyć do nich nowi członkowie) lub zamknięty (gdzie nowi członkowie nie mogą dołączać do spotkań po ich rozpoczęciu). Udział w grupie wsparcia polega na dzieleniu się własnymi doświadczeniami z innymi jej członkami, słuchaniu, nawiązywaniu kontaktu, dzieleniu się pożytecznymi informacjami, udzielaniu sobie wzajemnie wsparcia emocjonalnego. Aktywne uczestnictwo w grupie wsparcia pomaga w pracy nad

sobą, w osobistym rozwoju, a także w radzeniu sobie z codziennymi trudnościami.

Spotkania grup wsparcia odbywają się zwykle w takich miejscach jak: poradnie psychologiczne, poradnie rodzinne, ośrodki terapii uzależnień, szpitale psychiatryczne. Niektóre samopomocowe grupy wsparcia działają również jako internetowe fora wsparcia, istnieje więc możliwość uczestniczenia w nich on-line.

SM Express ukazuje się dzięki wsparciu



TEVA POLSKA®

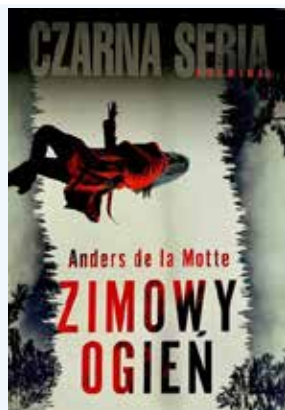









SM Express Redaguje zespół: **Tomasz Połec** - redaktor naczelny, **Współpracują:** Anna Drajewicz, Edward Mórski, Helena Kładko, Krzysztof Maśliński, Urszula Dudko, Dominika Czarnota, Scholastyka Śniegowska, Eleonora Rosmańska, Monika Koza, Justyna Kowalewska-Hryniewska, Monika Kładko, Zbigniew Przycki, Paweł Gaska, Andrzej Królik, Piotr Kostrzębski, Piotr Miąsek, Aneta Klimczak. **Adres Redakcji:** Warszawa, Nowolipki 2a, **Wydawca:** Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa, Nowolipki 2a **Skład i grafika:** Aneta Klimczak. **Druk:** Drukarnia ODDI Poland. **Nakład** 3000 egz. Wszelkie prawa zastrzeżone. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmian tytułów. Kontakt z redakcją: redakcja@ptsr.org.pl



Tajemnica sprzed lat

W 1987 roku w dzień Świętej Łucji na lotnisku Gerdnes, leżące w okolicach Helsingborgu, spłonął budynek z salą taneczną. W środku

była grupa nastolatków, jedna dziewczyna zginęła, kilka osób zostało dotkliwie poparzonych. W trakcie śledztwa, każdy jest przeciwko każdemu, rodziny, sąsiedzi, przyjaciele – wszyscy są skłóceni. Wśród ofiar poparzenia była Laura Aulin.

Minęło prawie trzydzieści lat Laura mieszka teraz w Sztokholmie, prowadzi rodzinną firmę. Jest po rozwodzie. Pewnego dnia odbiera telefon od adwokata, który informuje ją, że jej ciotka mieszkająca w Gerdnes zmarła i przepisała jej w testamencie swoją posiadłość. Musi przyjechać do tej miejsciny i podpisać stosowne dokumenty.

W Laurze budzą się demony sprzed

lat. Nie wie czy sobie z nimi poradzi i czy dobrą decyzją będzie powrót po latach do miejsca wypadku. Jednak po telefonie do matki, która stanowczo jej to odradza, wręcz zakazując, Laura na przekór jedzie. Ma też nadzieję, że na pogrzebie będzie Jack jej dawna miłość, jeszcze sprzed pożaru. Później ich drogi się rozeszły.

Dostajemy opowieść z 1987 roku tuż przed i po pożarze, oraz historię współczesną i próbę odkrycia, czy pożar był wypadkiem, czy też ktoś celowo podpalił budynek. Okazuje się także, że ciotka Laury nie zmarła śmiercią naturalną.

„Zimowy ogień”, Anders de la Motte, Czarna Owca

(Nie) szczęśliwe poznanie

Bohaterka powieści jest młodą nieśmiałą kobietą, wypoczywa na Riwierze Francuskiej. Pewnego dnia przypadkowo poznaje atrakcyjnego, wdowca, Maxima de Wintera. Po niezwykle krótkiej, acz intensywnej znajomości ulega jego namowom i godzi się wyjść za niego za mąż. Wszystko zapowiada się wspaniale. Jednak sielanka kończy się, gdy małżeństwo wraca do Manderley, rodzinnej posiadłości de Winterów. Cała czułość i romantyzm Maxima gdzieś znika.

Młoda kobieta zdaje sobie sprawę, że prawie zupełnie nie zna swojego świeżo poślubionego męża. Dodatkowo wszyscy w domu wspominają – Rebekę – zmarłą rok wcześniej w niewyjaśnionych okolicznościach żonę Maxima. Jak by tego było mało porównują je obie,

niestety na niekorzyść młodej żony. Po za tym duch zmarłej żony wydaje się być wszechobecny w całej posiadłości.

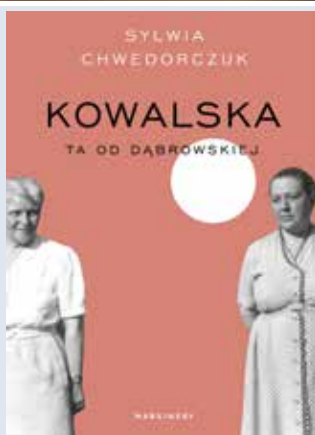
Pozbawiona przyjaciół nowa pani Winter zostaje sama w ogromnej rezydencji. Postanawia sprawdzić kim tak naprawdę jest jej mąż i dowiedzieć się czegoś konkretnego o swojej doskonałej i idealnej poprzedniczce. W trakcie tego domowego dochodzenia odkrywa, że śmierć Rebeki nie była wcale przypadkowa. Nie wie komu powiedzieć o swoim odkryciu. Na podstawie książki powstał w 1940 roku film Alfreda Hitchcocka Joan Fontaine i Laurencem Olivierem w rolach głównych.

Teraz nakręcono serial z Lily James, Armiem Hammerem i Kristin Scott



Thomas.

„Rebeka”, Daphne du Maurier, Albatros



Odkryta na nowo

Anna Kowalska z domu Chrzanowska, bo o niej jest przede wszystkim ta książka, była osobą wielu talentów. Ale także niespełnionych nadziei. Urodzona we Lwowie w 1903 roku. Na jej życie poza domem rodziców wpływ miały panie Chrzanowskie – babka Francuska oraz dwie ciotki,

siostry ojca. Jak później Anna napisała w swoich dziennikach była wciąż rozdarta między te dwa domy w dzieciństwie i młodości.

Trzeba też dodać, że jak na ówczesne czasy Kowalska odważnie wyrażała swoje odczucia, miała na każdy temat własne zdanie. Uwielbiała literaturę, szczególnie francuską i prawie od zawsze pragnęła zostać pisarką. Swoją miłość do literatury już w gimnazjum przeniosła na nauczycielkę francuskiego. Niestety było to jedno z wielu nieodwzajemnionych uczuć, a ona po małym skandalu musiała zmienić szkołę. Dopiero na studiach znalazła miłość.

Był nią Jerzy Kowalski – profesor filologii klasycznej. Początkowo była nim zafascynowana – erudyta, pokazywał i tłumaczył jej świat. Wspólnie podróżowali, wpadli też na pomysł, by wspólnie pisać.

W tym duecie Anna była na drugim planie. Na pierwszym był Jerzy. Ona przepisywała rękopisy, redagowała. Ale ich książki nie osiągnęły sukcesu, ani u krytyki, ani u czytelników. Nie poddawali się, próbowali nadal. Z takim sobie efektem.

Pewnego dnia Anna poznaje pisarkę, Marię Dąbrowską. Spotkanie całkowicie zmienia jej życie. Staje się najbliższą przyjaciółką pisarki, jest też dla niej gosposią, asystentką, pokojówką. Ale to Dąbrowska była znaną pisarką, a Kowalska tylko jej niezwykle bliską przyjaciółką. Chociaż wciąż pisała. To była niespełniona i niedoceniona Anna zawsze była oddana, podporządkowana. Czy to mężowi, czy Dąbrowskiej.

Książka Sylwii Chwedorczyk jest hołdem złożonym Annie Kowalskiej. „Kowalska ta od Dąbrowskiej, Sylwia Chwedorczyk, Marginesy