

Nr 98 Rok IX lipiec 2021 ISSN 2299-9647



# SMExpress

*Skrócenie ścieżki diagnostycznej* str. 2 - 3

## W numerze:

Czy będzie przełom w I linii? - str. 4-5

Zbuduj pustelnię i odwiedzaj ją codziennie - str. 10 - 11

Cóż warte jest Twoje tak - str. 14 - 15

Rozmowy o SM - str. 16-19

Terapia zimnem - str. 20 - 21

Dzień Bezpiecznego Kierowcy - str. 22 - 24

## Droży Państwo



Jak ważny jest właściwy dialog wiemy wszyscy. Na co dzień każdy z nas, choćby nieświadomie, doświadcza wymiany poglądów, czasem negocjuje, czasem stawia warunki. Dlatego wiemy, że dialog to podstawa właściwego funk-

cjonowania w społeczeństwie i samego społeczeństwa. Nie inaczej jest gdy mówimy o dialogu między pacjentem i lekarzem. Być może część osób sądzi, że wystarczy jeśli lekarz sam wybierze czy to terapię, czy to dawkowanie i temat załatwiony. Tymczasem tak nie jest. Sami lekarze mówią, że bez właściwej rozmowy, bez tego właśnie dialogu, czasem poruszają się po omacku. Trudno jest zgadnąć, co w najwięk-

szym stopniu przeszkadza pacjentowi, co powinno się naprawić jak najszybciej.

W różnych rozmowach czy też spotkaniach pojawia się wątek skutecznej rozmowy. Skutecznej? Tak właśnie skutecznej, czyli takiej w której pacjent jasno przedstawi lekarzowi swoje problemy i potrzeby.

Dlatego właśnie PTSR oraz Fundacja PTSR postanowiły zająć się uświadomieniem osobom rozpoczynającym swą drogę z SM znaczenia dobrej rozmowy z lekarzem. Ta akcja nazywa się „Zapytaj o SM” i już się rozpoczęła. Ideą tego przedsięwzięcia jest przekonanie osób z SM do śmiałego zadawania pytań o swoją sytuację, o rokowania, o swoją przyszłość w pracy czy w życiu rodzinnym.

Tu nie chodzi tylko o to, że lepsza jest choćby najgorsza prawda, niż najładniejsze kłamstwo, ale o to, że nie zadając pytań sami możemy opóźnić właściwą diagnozę, a następnie terapię. A przecież w SM czas to najważniejszy czynnik. Im szybciej wszystko wyjaśnimy, tym szybciej można będzie podjąć leczenie.

O co chodzi w akcji „Zapytaj o SM”? Chodzi o to, abyście Państwo nie wstydzi się czy nie bali pytać. Jak się okazuje ponad 86 procent badanych przyznaje, że z jakichś powodów nie pyta o swoją sytuację. Nie chcę tu wchodzić w szczegóły, gdyż nie miejsce na to (te informacje znajdują Państwo na stronie [www.zapytajosm.pl](http://www.zapytajosm.pl)), ale przy obecnym stanie wiedzy o stwardnieniu rozsianym najważniejsze jest wyeliminowanie wszelkich przeszkód w podejmowaniu szybkiej terapii. A właśnie jedną z takich przeszkód jest brak skutecznego dialogu na linii lekarz – pacjent. I tę właśnie przeszkodę chcemy pokonać wspólnie.

Zachęcam zatem do korzystania ze strony [www.zapytajosm.pl](http://www.zapytajosm.pl). Zachęcam też do korzystania w każdej sytuacji z dialogu, ponieważ bez bezpośredniej rozmowy dajemy się łatwo zwodzić różnym mitom i plotkom, z których potem wynikają zupełnie niepotrzebne nieporozumienia. A te nie są potrzebne ani w naszym codziennym życiu, ani w naszej działalności społecznej, ani tym bardziej w kwestii naszego zdrowia.

# Neurologodzy postulują skrócenie ścieżki diagnostycznej do 4 miesięcy

Przyspieszenie diagnostyki stwardnienia rozsianego do 4 miesięcy jest jak najbardziej zasadne i konieczne. Nasi sąsiedzi Czesi postawili sobie w tym obszarze jeszcze bardziej ambitny cel skrócenia diagnostyki do miesiąca. Trzeba jednak pamiętać, że proces stawiania diagnozy nie może przebiegać w nadmiernym pośpiechu. Wszelkie usprawnienia powinny uwzględniać konieczność stosowania się do przyjętych kryteriów diagno-

stycznych SM według McDonalda uważa prof. dr hab. Jarosław Sławek, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

- W mojej ocenie wdrożenie trwającej cztery miesiące ścieżki diagnostycznej – od pojawienia się pierwszych objawów do postawienia rozpoznania, a tym samym włączenia leczenia – jest w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia jak najbardziej możliwe do realizacji – dodaje prezes PTN. Jak mówi prof. Jarosław Sławek

trzeba mieć świadomość, że w kontekście diagnostyki SM należy wyodrębnić dwie grupy pacjentów. Pierwszą stanowią chorzy z ostrymi objawami w przebiegu rzutu (zaburzenia widzenia i równowagi, niedowład połowiczy czy symptomy świadczące o rozwoju zespołu mózdkowego), którzy z reguły trafiają do szpitalnych oddziałów ratunkowych. W takich wypadkach pacjenci są kierowani z SOR prosto na oddział neuro-

logiczny, gdzie zostają poddani szybkiej diagnostyce m.in. z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego czy badania prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. W przypadku tej drugiej procedury należy się liczyć z pewnym spowolnieniem diagnostyki, ponieważ w większości przypadków czas oczekiwania na wynik badania PMR wynosi ok. 2 tygodni.

Następnie taki pacjent opuszcza szpital i jest przekazywany pod opiekę specjalistycznej poradni neurologicznej, gdzie powinien niezwłocznie zostać zakwalifikowany programu lekowego

W warunkach ambulatoryjnych ścieżka diagnostyczna jest znacznie dłuższa. Lekarze rodzinni, do których zgłaszają się pacjenci z pierwszymi objawami często nie wiążą ich dolegliwości z rozwijającym się SM i nie kierują do specjalistycznych poradni lub ośrodków. W początkowym stadium objawy stwardnienia rozsianego, takie jak zawroty głowy, zaburzenia równowagi czy drętwienia połowicze, są zazwyczaj niespecyficzne i szybko przemija-

ją, stąd lekarze POZ błędnie obwiniają za ich pojawienie się np. zapalenie błędnika.

Nawet jeśli specjalista medycyny rodzinnej wykaże się czujnością i skieruje chorego na konsultację neurologiczną, to trzeba pamiętać, że w tej chwili czas oczekiwania na wizytę u neurologa wynosi nawet pół roku. Przy czym zapewne nie będzie to neurolog specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu SM. Czynnikiem dodatkowo wydłużającym czas trwania procedur diagnostycznych jest fakt, że nadal część z nich, wbrew trendom obserwowanym w światowej medycynie, wykonuje się w warunkach szpitalnych.

**Jak więc można byłoby usprawnić diagnostykę w kierunku SM?**

- Jedną z propozycji rozwiązań jest wprowadzenie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia SM, na wzór karty DiLO w onkologii, którą mógłby wystawić lekarz rodzinny pacjentowi z podejrzeniem stwardnienia rozsianego. Gwarantowałoby to choremu priorytetowy dostęp do badań i konsultacji neurologicz-

nych, co skróciłoby cały proces do ok. 4 miesięcy. Co więcej, Narodowy Fundusz Zdrowia powinien uwzględnić w zasadach finansowania świadczeń z obszaru diagnostyki i leczenia SM rozróżnienie na poradnie neurologiczne. - mówi prof. Sławek. - Poradnie SM i ośrodki specjalistyczne, gdzie realizowane są bardziej kosztowne procedury diagnostyczne i prowadzone programy lekowe. Różne stopnie referencyjności muszą znaleźć odzwierciedlenie w poziomie wycen. Ponadto placówki, które wdrożą przyspieszoną ścieżkę diagnostyczną także powinny być premiowane finansowo. Położenie nacisku na krótszą diagnostykę realizowaną w trybie jednodniowym wpisuje się w dążenie do ambulatoryzacji opieki specjalistycznej nad pacjentem z SM. Jest nie tylko kosztowo korzystne dla systemu, ale też mniej obciążające dla samego pacjenta. Dążymy zatem do wprowadzenia nowych produktów rozliczeniowych oraz do modernizacji infrastruktury szpitalnej, oczywiście wraz ze wzrostem wycen.



# Czy będzie przełom w I linii?

**Na tak dobre wieści czekaliśmy od dawna. W czerwcu Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zarekomendował objęcie refundacją okrelizumabu w leczeniu pierwszej linii dorosłych pacjentów z rozpoznaną rzutowo-remisyjną postacią SM. Dalsze decyzje w tej sprawie należą do Ministra Zdrowia. Co wiemy na temat okrelizumabu?**

Sytuacja pacjentów z SM w ciągu ostatnich lat ulega poprawie, ale nadal z możliwości leczenia SM w ramach dostępnych programów lekowych korzysta około 30-40% chorych w Polsce (vs. 60% EU). Z terapii preparatami wysoce efektywnymi korzysta zaledwie 9-10 % pacjentów. W sąsiednich krajach Europy odsetek ten wynosi około 30%. Może to oznaczać, że około 20% pacjentów z największą aktywnością choroby w Polsce nie ma dostępu do skutecznej terapii. Jednak pojawia się nadzieja, że może to się zmienić. Mowa tu o okrelizumabie – w czerwcu tego roku Rada Przejrzystości w swoim stanowisku uznała za zasadne finansowanie tego preparatu w I linii leczenia RRMS, a Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zarekomendował objęcie go refundacją. Jaką decyzję podejmie Minister Zdrowia? Od kilku lat PTSR, organizacje pacjentów i eksperci apelują m.in. o umożliwienie pacjentom z SM korzystania z osiągnięć najnowszej wiedzy medycznej i najskuteczniejszych leków zgodnie z ich wskazaniami rejestracyjnymi.

## Długa droga

Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna chorych na SM w Polsce nie jest optymalna. Jednym z naj-

poważniejszych problemów pacjentów z SM w Polsce jest zbyt późno stawiana diagnoza i zbyt późne włączanie ich do leczenia. Skutkuje to brakiem możliwości zahamowania progresji choroby i postępującym inwalidztwem. Od momentu wystąpienia pierwszych objawów do postawienia diagnozy przez neurologa upływa najczęściej ok. 7 miesięcy, zaś 14 miesięcy potrzeba na włączenie leczenia w ramach programów lekowych. *- Warunkiem osiągnięcia jak najlepszego efektu jest rozpoczęcie leczenia jak najszybciej. To jest już dogmat w leczeniu tej choroby, obowiązujący od co najmniej kilku, a może nawet kilkunastu lat. Wynika to z tego, że leki, które stosujemy w terapii stwardnienia rozsianego, są lekami prewencyjnymi. Dajemy je pacjentom po to, by zahamować mechanizmy, które są odpowiedzialne za tę chorobę albo podtrzymują jej chroniczny przebieg. Jeżeli nie zastosujemy ich na początku choroby, to choroba się rozwija, a jej rozwój w przypadku stwardnienia rozsianego łączy się nieuchronnie z postępem niepełności wynikającym z rozwoju wielu objawów neurologicznych. Dlatego niezwykle ważne jest, aby leczenie rozpoczynać jak najszybciej.- podkreśla prof. Krzysztof Selmaj z Centrum Neurologii w Łodzi, kierownik Katedry Neurologii Collegium Medicum*

**Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.** - *Równie ważna jest szybka zmiana leczenia w przypadku nieskuteczności zastosowanego leku, tak aby nie tracić czasu i nie pozwolić na rozwój niesprawności pacjenta.- dodaje.*

## Administracyjne ograniczenia

Wciąż istnieje grupa chorych cierpiących na rzutowo-remisyjną postać stwardnienia rozsianego (RRSM), dla której dostępne w I linii leczenia terapie nie są tymi, z których mogą odnieść najlepszą korzyść terapeutyczną. **W Polsce kryteria programu lekowego umożliwiające zmianę leczenia podstawowego tzw. pierwszoplanowego na leki o wysokiej skuteczności są znacznie bardziej wyśrubowane niż te określone przez Europejską Agencję Medyczną. Obecne kryteria włączenia do II linii są tak restrykcyjne, że uniemożliwiają pacjentom z brakiem całkowitej nieskuteczności I linii leczenia, pomimo wystąpienia u nich rzutu klinicznego i zmian w MRI, otrzymywanie w optymalnym czasie leków II linii.**

Zgodnie z szacunkami ekspertów klinicznych odsetek pacjentów nieskutecznie leczonych w ramach I linii leczenia i jednocześnie niekwalifikujących się do II linii leczenia wynosi corocznie około 10% w zależności od stosowanego leku podczas terapii I linii. Stosowanie leków o wysokiej skuteczności od samego początku leczenia, umożliwia uzyskanie znacznie lepszych wyników, a więc daje pacjentowi istotnie lepsze perspektywy dotyczące jego utrzymania sprawności w przyszłości. W zależności od płci, wieku pacjenta, jego aktywności życiowej oraz zawodowej, należy



dobrac terapię lekiem skuteczniejszym, o wysokim profilu bezpieczeństwa i wygodniejszym dawkowaniu. Wczesne włączenie nowoczesnego leczenia daje ogromne nadzieje dla pacjentów na prowadzenie normalnego życia.

To bardzo ważne, bo pacjenci z SM to głównie osoby młode. W leczeniu SM brakuje personalizacji leczenia chorych – dobór właściwej terapii dla konkretnego pacjenta, zamiast przyporządkowania terapii do linii leczenia.

## Wysoka efektywność w leczeniu

Okrelizumab w 2018 roku został zarejestrowany do stosowania w Unii Europejskiej w leczeniu rzutowych postaci stwardnienia rozsianego (RMS) i pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego (PPMS). Od 2019 ro-

ku lek ten jest refundowany również w Polsce, dla wszystkich pacjentów z PPMS oraz w drugiej linii RRMS. Charakteryzuje się również rzadszą formą podawania, co 6 miesięcy. Terapia okrelizumabem posiada odmienny niż poprzednicy mechanizm działania. Wysoka skuteczność i wygodność stosowania leku sprawiają, że terapia daje stosującym ją pacjentom poczucie bezpieczeństwa w leczeniu.

Progresja choroby jest wpisana w przebieg stwardnienia rozsianego u wszystkich pacjentów, niezależnie od postaci SM. Kontrola progresji pozwala chorym na zachowanie mobilności i zmniejszenie stopnia niepełności. Nowe dane z badań klinicznych okrelizumabu opublikowane na kongresie American Neurological Association pokazują, że odpowiednio wcześniej wdrożona terapia może znacząco zahamować progresję choroby w RRMS.

**W badaniu ENSEMBLE wykazano, że 85 proc. pacjentów w wczesnym stadium RRSM uzyskało stan wygaszenia aktywności choroby, a więc brak rzutów, brak narastania niepełności czy nowych ognisk choroby w mózgu po 48 tygodniach leczenia okrelizumabem. Użytko również istotną poprawę ich wyniku w skali oceny stanu niepełności EDSS (ang. Expanded Disability Status Scale).** Wyniki badania ENSEMBLE są spójne z wynikami badania OPERA, w którym okrelizumab spowodował znaczącą poprawę w aspekcie zarówno objawów klinicznych, jak i parametrów rezonansowych SM w porównaniu do terapii standardowej (interferon beta). Marker uszkodzeń komórek nerwowych został zredukowany do poziomu zbliżonego do tego występującego u zdrowych osób.

# Kilka prawd o złości

*Kiedy strach staje się niepokojem, pragnienie przeradza się w chciwość, irytacja ustępuje złości, a złość nienawiści, przyjaźń zamienia się w zawiść, miłość w obsesję, a przyjemność w uzależnienie, to nasze emocje zaczynają obracać się przeciwko nam.*

(J. LeDoux,  
Mózg emocjonalny)

Ktoś powiedział, że wszystkie emocje są racjonalne. Irracjonalne i niszczące są wyłącznie namiętności. Z tego punktu widzenia emocje zwierząt są zawsze racjonalne (bo służą zachowaniu gatunku, życia itp.). Tylko ludzie mogą być irracjonalni w swoich namiętnościach, czyli emocjach przekształconych w destrukcję. Złość należy do podstawowych (niektórzy mówią - "pierwotnych") emocji ludzkich, podobnie

jak zdziwienie, szczęście, strach, odraza i smutek.

## Skąd się biorą emocje?

Nie wiemy zbyt wiele o neurofizjologicznych mechanizmach złości. Eksperymentalna nauka o mózgu emocjonalnym liczy sobie zaledwie około 40 lat. Według niej nie ma jednego "ośrodka emocji", lecz każdy układ emocjonalny rozwinął się oddzielnie. Każdy był potrzebny do innych funkcji życiowych. Strach - do uciekania, pociąg seksualny - do rozmnażania. Najbardziej gruntownie zbadano odpowiedzi organizmu na zagrożenie, nazywane złożoną reakcją "uciekaj albo walcz".

Wiele zjawisk i przemian neurofizjologicznych życia emocjonalnego odbywa się poza kontrolą świadomego umysłu. Dopiero stan ciała (np. wzrost ciśnienia, napięcia mięśniowego, wrogie

grymasy twarzy - w przypadku złości) sygnalizuje nam doznania, które rejestrujemy na poziomie świadomym. Pewne konstelacje tych doznań (w odpowiednim kontekście) ostatecznie rozpoznajemy jako emocje - złość, strach czy miłość.

## Czy to one nami rządzą?

Wiemy, że istnieją dwa rodzaje połączeń mózgowych - tak zwana droga niska i droga wysoka. Pierwszą przebiegają połączenia, które omijają korę mózgową. Droga wysoka wiedzie poprzez określone obszary korowe. To bardzo ważne rozróżnienie, ponieważ o części reakcji emocjonalnych (4-5%) możemy powiedzieć, że są "odruchowe", czyli że nie mamy nad nimi władzy. Cała niebagatelna reszta, a więc dziewięćdziesiąt kilka procent reakcji emocjonalnych (w tym złość, wściekłość itp.) jest związana z proce-

sami poznawczymi i podlega kontroli. Dlatego poza przypadkami choroby psychicznej czy deficytów neurologicznych wyrażanie złości może być kontrolowane rozumem i poddawane panowaniu Najjaśniejszej Królowej, której imię brzmi: Świadomość.

## Kłopoty ze złością

Generalnie rzecz biorąc, są ich dwa rodzaje. Pierwszy polega na braku, lub też ograniczonej możliwości kontaktowania się ze swoją złością (co dotyczy raczej osób predysponowanych do przyjęcia roli ofiary). Drugi rodzaj to coś wręcz przeciwnego - ovladnięcie złością, które może prowadzić do dramatycznych zdarzeń. U człowieka ma ono głównie charakter psychologiczny, co znaczy, że korzenie kłopotu tkwią w procesie społecznego uczenia się, sposobach radzenia sobie z emocjami i w systemie osobistych przekonań. Wokół tych zjawisk koncentruje się więc praca psychologiczna nad problemem złości. To z kolei oznacza, że radzenie sobie z tą emocją jest możliwe - zależne od naszej woli i pragnienia doskonalenia siebie.

## Asertywność i agresja

Sama złość, rozumiana jako odczucie wewnętrzne, nie jest szkodziwa, ma nawet swoje "zasługi" w dziele rozpoznawania zagrożenia dla naszego porządku i dla naszych wartości. Nawet gdy tym porządkiem i wartością są prawa rodziców do odpoczynku po pracy, co tak uwielbiają naruszać nasze dzieci. Rzecz w tym, jak wyrazimy owo odczucie złości. Możemy zrobić to na dwa sposoby: asertywny i agresywny. Różnica pomiędzy jednym a drugim sposobem zamyka się w odpowiedzi na dwa pytania:

Czy wyrażając złość, dokonuję inwazji na cudze terytorium, naruszając cudze granice, własność lub godność?

Czy wyrażając złość deprecjonuję drugą osobę, podważam lub pomniejszam jej wartość oraz złościwie piętuję jej słabości?

Gdy odpowiedź brzmi "tak", oznacza to, że wyrazimy swoją złość agresywnie.

## Prawda o asertywności

Poprzez spopularyzowanie tematu asertywności ciągle napotykam

przekonanie, że jest ona "nauką wyrażania złości" (w łagodniejszej postaci: "nauką mówienia nie"). Nic bardziej błędnego. Wielu ludzi nie musi uczyć się wyrażania złości, której ma w sobie zbyt dużo, a raczej potrzebuje uczyć się jej tłumienia. Osoby takie niezwykle rzadko trafiają na trening asertywności. Jeżeli jednak tak się zdarzy, to mogą - niestety - wyjść stamtąd z triumfalnym poczuciem prawa do folgowania swojej złości, tyle że w sposób teoretyczne uzasadniony i bardziej wyrafinowany.

Asertywność nie jest niczym więcej niż rozwinięciem ewangelicznego pouczenia, które brzmi: "Niech wasza mowa będzie tak, tak; nie, nie. A co nadto jest, od Złego pochodzi" (Mat. 5,37). Oznacza to, że asertywnie mówimy zarówno "tak", jak i "nie". Zawsze wtedy, gdy wyrazimy prawdę. "Tak, potrzebuję ciebie", "Tak, chcę się tobą opiekować", to stwierdzenia równie asertywne jak te, które rozpoczynają się od wszelkiego "nie".

Asertywne podejście uczy nie-agresywnego, a więc spokojnego, rzeczowego, nieinwazyjnego i nie deprecjonującego wyrażania zło-





ści. Do takiego wyrażania gniewu potrzebny jest jednak tak zwany nieobronny kontakt z tą emocją. Oznacza to umiejętność rozpoznawania złości we wczesnym etapie: rozdrażnienia, irytacji i wewnętrzny protest wobec tego, co dzieje się wobec mnie. Mamy wtedy większą szansę stanowczo, lecz spokojnie i rzeczowo wyrazić swój sprzeciw, protest lub rozdrażnienie i porozumieć się albo wszcząć rzeczowy spór czy negocjacje.

#### Co naprawdę nas boli?

Znaczna część psychologów i psychoterapeutów sądzi, że prawie zawsze złość jest emocją wtórną. Człowiek uczy się (poprzez wpływ wychowawczy i wzorce społeczne) przykrywać nią inne, prawdziwe uczucia, takie jak ból, słabość, cierpienie, wstyd czy lęk. Wielu ludziom niezwykle trudno jest świadomie doświadczyć i okazać słabość. Niejako automatycznie dokonują więc "przykrycia" tego uczucia złością, by za jej pomocą kontaktować się z otoczeniem. Reakcja ta, o ile jest silnie wyuczona, dokonuje się na-

wykowo, więc niejako poza kontrolą świadomości.

Wiele moich doświadczeń w pracy z małżeństwami z problemem alkoholowym potwierdza tę tezę. W treningu komunikacji małżeńskiej jedno z zadań polega na tym, by powiedzieć drugiej osobie (żonie, mężowi) o tym, co rani, boli, co sprawia przykrość. Kobiety mają z tym o wiele mniej kłopotu, o ile już zdecydują się na tego rodzaju wyznaczenie. Około połowy mężczyzn nie potrafiło jednak poradzić sobie z tym zadaniem. Osoby te mimo wyraźnej instrukcji opowiadały o złości.

#### Nauczmy się mówić

Praca w tym obszarze oznacza zgłębianie siebie i naukę wyrażania (asertywnego!) emocji innych niż gniew. Oznacza zagłębienie "pod pokrywkę" gniewu i uświadamianie sobie pierwotnych wobec niego emocji. Daje szansę zakomunikowania otoczeniu głębszej prawdy o sobie bez wyrażania złości, w tym szansę powiedzenia: "To, co mówisz, sprawia mi przykrość i myślę, że jest niesprawiedliwe. Jeśli moje uczucia cokol-

wiek znaczą dla ciebie, chcę, żebyś wiedział(a), że słowa te mnie ranią".

Tak otwarte komunikowanie się jest możliwe w warunkach poczucia bezpieczeństwa, a więc w sytuacji, gdy zwierzenie nie spotka się z napastliwą, złośliwą i raniącą krytyką. Jednak od czegoś trzeba zacząć. Najpierw rozpoznać ukryte pod złością uczucia i umieć wyrażać je, a potem decydować się, lub też nie, na ryzyko powiedzenia o swojej trosce, bólu, lęku czy zmieszaniu. Tak czy inaczej stanowi to inną jakość doświadczenia emocjonalnego niż automatyzm złości.

#### Co to jest przeniesienie?

Zjawisko przeniesienia rozpoznaje się po tym, że jakaś reakcja (w całości lub części) nie przystaje do sytuacji. Na przykład gdy powiemy coś zgoła niewinnego i nieoczekiwanie otrzymamy ostrą, pełną złości odpowiedź. Czasem sami zareagujemy agresywnie, by po jakimś czasie z niesmakiem stwierdzić, że stało się to właściwie bez racjonalnej przyczyny. Dlaczego?

Jeśli jesteśmy wystarczająco wnikliwi i uczciwi, a do tego mamy pewien trening w poszukiwaniach siebie, możemy odkryć, że nasze dziecko powiedziało właśnie coś, co zwykle mówi teściowa, lub tym nieznośnym tonem, którym zwracał się do mnie ojciec. Może powiedziało coś w chwili, gdy myślałam właśnie o moim szefie, do którego żywię głęboką niechęć. I tak dalej. I że moja reakcja jest odpowiedzią na "tamto", a nie na to, co stało się tu i teraz. Wściekłość została przeniesiona na inną osobę i inną sytuację. Naturalnie musi istnieć jakaś nić podobieństwa, coś na kształt liny, po której ogień złości przeskakuje "stamtąd, wtedy i wobec X-a" na "tu i teraz wobec Y-ka". Jak radzić sobie z tą sytuacją? Remedium stanowi odwieczne: Poznaj siebie.

#### Odreagować i nie kaleczyć

Blisko przeniesienia leży reakcja, którą nazywamy odreagowaniem. Dotyczy jej wspomniany przykład złości się w domu z powodu nie wyrażonego w pracy gniewu na szefa. Jak radzić sobie z takim problemem? Czytałam kiedyś spis pomysłów dzieci na to, co można robić, żeby niesprawiedliwie nie wylewać złości na innych.

Rębać drzewo. Iść na spacer z psem. Liczyć do dziesięciu. Pobiegać. Rzucić kulami z papieru. Powiedzieć komuś. Pójść do lasu i pokrzyknąć. Słuchać muzyki. I tak dalej.

Nie wyrażone emocje, w tym złość - uciskają ciało i duszę. Jeśli z jakiegoś powodu pakujemy je do kofta, który może zostać rozsadzony przez nadmierne ciśnienie, trzeba zadbać o zawór bezpieczeństwa, którego otwarcie nie okaleczy innych. Nad emocjami trzeba panować jak, nie przymierzając, nad układem wydalniczym. "Emocjonalne rozwolnienie" jest stanem kwalifikującym się do leczenia.

#### Racjonalna terapia zachowań

Ten kierunek w psychoterapii głosi, że ludzie dręczą i unieszczęśliwiają samych siebie z powodu własnych irracjonalnych przekonań.

Zgodnie z takim podejściem trzeba uznać, że fakty są całkowicie obojętne emocjonalnie. Oto ktoś mówi: "To przez ciebie". Tekst ten - jako fakt - jest ani przyjemny, ani nieprzyjemny, nie wywołuje złości, tęsknoty ani strachu. Jeśli jednak pomyśle: "On(a) ma rację, zawsze muszę wszystko zepsuć" - poczuję smutek, lęk, wyrzuty sumienia. Mogę jednak pomyśleć coś innego: "Świetnie! Chciałam(em) ci zepsuć tę słodką chwilę!" Poczuję satysfakcję i coś w rodzaju dumy. Mogę też pomyśleć: "Znowu się mnie czepiał!" Poczuję wściekłość. Lecz jeżeli pomyśle: "To naprawdę biedny człowiek. Wiele by zyskał, gdyby zrozumiał, że sam jest odpowiedzialny za tę sytuację", odczuję współczucie, życzliwość, a może nawet chęć pomocy.

Psychologia poznawcza mówi, że pomiędzy faktami a emocjami zawsze stoją nasze przekonania. Dobrze, jeśli przekonania te są racjonalne, ponieważ emocje, które zostają przywołane, służą wtedy naszemu zdrowiu i bezpieczeństwu. Jednak znaczna część naszych przekonań jest irracjonalna. Zostają przywołane wtedy emocje, które nam nie służą. Nie ma to nic wspólnego z tym, czy są to emocje przyjemne, czy też nieprzyjemne. Jeśli widzę postawę mężczyzny wymachującego w moją stronę kijem bejsbolowym, to moja szczerą myśl oceniająca (czyli przekonanie): "Ten człowiek chce mi zrobić krzywdę", może okazać się zbawienna, ponieważ uruchamia mój strach i każe mi uciekać. Emocje, choć nieprzyjemne, uchronią mnie przed niebezpieczeństwem. Irracjonalne i szkodliwe może okazać się tu inne (zakładam, że złudne) przekonanie: "Ten człowiek chce mnie zaprosić na miłą pogawędkę". Mimo że emocje towarzyszące temu przekonaniu będą przyjemne, rzecz cała może skończyć się nieszczęściem.

Tak więc racjonalność to zdrowy realizm, adekwatna ocena zdarzeń rzeczywistości i samego siebie oraz adekwatne do tego emocje.

#### Przykład z praktyki terapeutycznej

Pacjentka, złościąca się permanentnie na matkę (i doświadczająca jednocześnie poczucia winy oraz wstydu), relacjonuje następującą sytuację: W dzień jej 50. urodzin matka wchodzi rano do pokoju z tortem. Na torcie widnieje wylukrowana cyfra 50 i życzenia. Pacjentka opowiada, jak bardzo się "wściekła" i jak widok ten ją rozstroił. Nie wiedziała, co zrobić z tortem, wzięła go i coś burknęła. Nie bardzo wie, dlaczego. Przecież to był tort na urodziny. Powinna podziękować. Matka jest starą kobietą. Pacjentka czuje się winna. Odkrywamy przekonanie pacjentki: "Ona zawsze musi mi dopieć! Tymi dużymi cyframi na torcie przypomina, ile mam lat i jak wygląda moje życie".

Nie wiemy z góry, czy przekonanie to jest racjonalne, czy też nie. Możemy jednak poddać je racjonalnej analizie, odpowiadając na pięć pytań:

1. Czy moje przekonanie oparte jest na oczywistych faktach?
2. Czy pozwala mi ono chronić własne życie i zdrowie (również psychiczne)?
3. Czy pomaga mi osiągać krótko- i długoterminowe cele?
4. Czy pozwala unikać niepożądanych konfliktów?
5. Czy umożliwia przeżywanie tych uczuć, które chcę przeżywać? Warto przymierzyć te pytania do własnych przekonań wywołujących złość. Czasem wymaga to solidnej pracy, ponieważ myśli te są tak automatyczne, że aż nieświadome. Trzeba pamiętać jednak, że nie wszystkie konflikty w życiu są niepożądane. Jeśli ktoś uporczywie krzywdzi moje dziecko, to konflikt z nim jest pożądanym, ponieważ broni ważną dla mnie osobę i ważne dla mnie wartości. Także emocje, które chcę odczuwać, nie muszą być zawsze przyjemne. Ważne są te chroniące mnie w danej sytuacji. Chcę odczuwać zdrowy lęk, gdy mam do czynienia z osobą nieodpowiedzialną. Może jednak nie chcę czuć wściekłości i bać się staruszki z tortem.

W.S.

# Sprawy odległe mniej bołą

## Zbuduj swoją pustelnię i odwiedzaj ją codziennie

Słowo pustelnia może kojarzyć się ze słowem samotność. Ta z kolei - ze smutkiem, spadkiem energii, depresją. Po cóż więc komu pustelnia?

Jest też inne rozumienie tego słowa. Pustelnia może być miejscem i doświadczeniem życiodajnym. Na samotność człowiek się skazuje (lub bywa skazany), pustelnię się wybiera. Może ona przynieść ożywczy kontakt z samym

sobą i źródłami mocy osobistej. Jest więc czymś cennym, z czego jednak rzadko korzystamy. A może warto częściej?

Wiemy, jak bardzo potrzebni są nam inni ludzie, wiemy jednak też, jak potrzebne jest pozostawienie od czasu do czasu ich, by pełniej spotkać się z sobą samym i inaczej spojrzeć na rzeczywistość. Potrzeba ta pojawia się szczególnie w chwilach, gdy

doświadczamy bólu, frustracji, obcujemy intensywnie z cudzym cierpieniem, brakiem nadziei i rozpaczą. Nie jest jednak łatwo o pustelnię w M-2 i M-3.

Czy zwróciliście kiedyś uwagę na fakt, że ludzie w miastach zamykają się w ubikacjach i łazienkach na tak długo, aż ktoś inny nie dobija się do drzwi? Wszak do pokoju można wejść i nie wypada zamykać się w nim przed

rodziną na klucz, prawda? W łazience to uchodzi.

Podobno w Japonii, w każdym, najbiedniejszym nawet domu jest miejsce, w którym można zaznać samotności lub oddać się medytacji. Nawet jeśli jest to tylko wnęka zasłonięta kotarą, można znaleźć w niej schronienie przed obecnością domowników. Zasłonięta kotara sprawia, że nikt nie zakłóci spokoju osoby, która zaciągnęła ją za sobą. Bardzo podoba mi się ten zwyczaj.

Pustelnia jest miejscem, w którym możemy oddychać całym swoim bytem. Wdech, wydech, wdech, wydech.

Wydech oznacza relaks, wyładowanie i nabranie dystansu.

Wdech to kontakt z mocą.

Nagromadzone w kontakcie z pacjentem emocje lokują się w mięśniach i często powodują gonitwę myśli. Dlatego potrzebny jest relaks. Odprężenie ciała i umysłu. Relaks jest też jednym z filarów medytacji.

Wyładowanie oznacza możliwość odreagowania. Zezwolenie na to, by popłynęły łzy smutku i bezradności, na wściekły krzyk nagromadzonej złości czy ude-

rodzenie pięścią, a także wszystkie pytania "dlaczego?" i "po co?".

Wyładowanie i relaks wspomagają ten stan umysłu, który nazywamy dystansem. Dystans to "zobaczenie czegoś z większej odległości". Czasem usłyszenie czegoś inaczej, poskładanie elementów układanki w nowy, twórczy sposób. Sprawy odległe mniej bołą, może nawet nie dotyczą osobiście. Odległość ustawia ekran pomiędzy nami a sprawami innych ludzi.

Poprzez dystans, zrelaksowanie się i odreagowanie możemy dokonywać wydechów wszystkich zatrutych treści, jakie nierzadko oferuje nam kontakt z osobami doświadczającymi przemocy i jej sprawcami.

Wdech jest zacerpnięciem sił, które podtrzymują życie, prostuje sylwetkę, powiększa. Wszyscy potrzebujemy kontaktu ze źródłami mocy. Podobnie jak tkanki naszego ciała potrzebują ożywczej energii życia biologicznego, by goić się i przeciwstawiać czynnikom uszkadzającym, tak i nasza psychika potrzebuje sił, by leczyć rany psychiczne. Potrzebujemy dostępu do źródeł mocy.

Źródłami mocy osobistej są nasze wiary, wartości, to, co nazywamy nadzieją oraz pogodą ducha, a także przekonania i poglądy, które pomimo wszystko pozwalają zachować optymizm. Źródłem mocy jest też kontakt z Bogiem (jakkolwiek Go pojmujemy) oraz możliwość zaufania przyjaznym siłom bytującym w wielkim wszechświecie. Ufność ta pozwala ludziom oddać część odpowiedzialności za wynik zdarzeń, choćby najbardziej dramatycznych temu, co od człowieka większe. Spotkania ze źródłami naszej mocy odbywają się w pustelni.

Pustelnię można znaleźć w beziemiennym tłumie wielkiego miasta, na spacerze w lesie i podczas puszczeniu kaczek po wodzie. W kościele katedralnym i patrzeniu przez okno. U siebie w pokoju, w wybranym miejscu, które służy do tego najlepiej. Wcześniej rano w kuchni, gdy domownicy jeszcze śpią. W pracy - zdaje mi się - najtrudniej. Zapewne w wielu jeszcze miejscach, o których nie wiem, a które znacie Wy wszyscy, którzy odwiedzacie swoje pustelnie.

# Żyjąc poza sobą

**W jednej z części filmu o „Rodzinie Addamsów” Wujek Fester poznaje kobietę.**

**- Jak się zwiesz – pyta oczarowany jej „radiową” urodą.**

**- Demencja, co znaczy „Szaleństwo”.**

**- Jak ślicznie... Demencja...**

Słowo demencja, dziś rozumiane jako „otępienie”, w ubiegłym wieku oznaczało też „obłąkanie” lub „obłąd”. 30 lat temu powstało nawet określenie: „cicha epidemia”. Demencja może dotknąć każdego. Jej przyczyn i podtypów jest nawet 200. Najbardziej jednak powodują ją: choroba Alzheimera, demencja naczyniowa, otępienie czołowo-skroniowe i otępienie z ciałami Lewy’ego.

Poza tym wpływ na jej wystąpienie ma wiek. Zdarza się, że wykrywana jest ona u osób przed 65 rokiem życia – średnio to 9% zdiagnozowanych. Właśnie u tych osób wpływ na powstanie choroby mają czynniki genetyczne. Pierwsze symptomy mogą być już w piątej lub szóstej dekadzie życia. A nawet wcześniej. Jak zapewne żartobliwie podaje światowy raport „Postawy wobec demencji”: „1 na 5 osób przypisuje demencję pechowi, prawie 10% Opatrzności, a 2% czarom „. W demencji chodzi o to, że postępują zmiany w mózgu, które uniemożliwiają prowadzenie normalnego życia towarzyskiego i rodzinnego. Dużo zależy od tego, jaki obszar w mózgu już „nie funkcjonuje” poprawnie.

## To nie norma

Błędnie uznaje się, że demencja to naturalny element starzenia. Nie jest to prawdą, chociaż uważa tak także 62% przedstawicieli środowiska

medycznego na świecie. Demencja to jeden z najważniejszych powodów niepełnosprawności oraz uzależnienia wśród osób starszych. Zmian otępiennych nie da się cofnąć, ale poprzez farmakologię można spowolnić ich postęp. Do tego zajęcia intelektualne: czytanie, krzyżówki, zagadki logiczne oraz cały zakres działań oferowanych przez arteterapię. Można ograniczyć ryzyko zachorowania. Istotne są między innymi unikanie używek, kontrolowanie wagi poprzez dostosowaną do potrzeb dietę. Istotna jest kontrola ciśnienia krwi, poziomu cukru i cholesterolu. Ważne są także takie czynniki jak: brak zaintereso-

## Statystyki:

**- co 3 sekundy u kogoś na świecie rozwija się demencja**

**- w 2020 roku na świecie żyje ponad 50 milionów ludzi z demencją**

**- w 2030 roku będą to 82 miliony osób**

**- w 2050 rok przewiduje się liczbę 152 milionów chorych**

**- choroba Alzheimera powoduje około 60-70% przypadków demencji**

wania tym, co dzieje się na świecie oraz poziom wykształcenia. Warto wychodzić z domu i utrzymywać relacje z ludźmi, choćby tylko telefoniczne. Niestety wskazano, że depresja jest także negatywnym czynnikiem wpływającym na rozwój choroby.

## Gdzie ja jestem?

Wyróżnia się **trzy, rozwijające się stopniowo, etapy choroby**: wstępny, środkowy oraz późny.

**Pierwsza faza** charakteryzuje się między innymi:

- gubieniem w otoczeniu sobie znajomym,
- zapomnianiem,
- utratą poczucia czasu.

**W drugim etapie** choroby należy zwrócić uwagę na:

- deficyty pamięci krótkotrwałej – czyli trudno odpowiedzieć np na takie pytania: „co stało się przed chwilą?”, „gdzie położyłem okulary?” itp.,
- zapomnianie imion i nazwisk ludzi,

- problemy z utrzymaniem higieny osobistej,
- gubienie się już nie tylko na zewnątrz, ale i w domu,
- problemy z dogadaniem się z innymi,
- w rozmowie powtarzanie tych samych pytań,
- bezmyślne chodzenie, nerwowość.

## Trzeci etap

choroby jest najtrudniejszym także dla domowników. Obserwuje się np.:

- nierozpoznawanie najbliższych także przyjaciół,
- pogłębianie się kłopotów z pamięcią,
- całkowite uzależnienie od opiekunów,
- agresja,

- problemy z poruszaniem się,
- dezorientacja co do miejsca i czasu.

## Jo się pytom, kaj jest Bytom?

Miałam różnych pacjentów z demencją i chorobą Alzheimera. Do jednej z pań często wracały obrazy związane ze śmiercią córki, przykrymi przeżyciami w sferze damsko-męskiej. Inna pacjentka fajnie ćwiczyła, brała udział w zajęciach aktywizacyjnych od gimnastyki po ergoterapię, muzykoterapię. Przyznam, że miała fantastyczny zbiór piosenek w głowie od przyspiewek po przeboje lat 70. a nawet 80. Czasem sama lub poproszona - pomagała w przywożeniu współmieszkańców z jadalni. Jednak zdarzały jej się momenty zagubienia i beznadziei. Wtedy wszystkich pytała: „Gdzie jest przystanek i jak mogę dojechać do miasta X”. Inna miała w głowie tylko nerwowe chodzenie w poszukiwaniu wyjścia. Czasem choroba Alzheimera występuje w duecie z ch. Parkinsona.

Niestety bardzo często rodziny nie dostrzegają problemu. Osoby w początkowych stadiach choroby potrafią też doskonale się maskować. Córka jednej z moich podopiecznych opowiadała, że w jej głowie „lampka” zapaliła się kiedy mama, będąc w stronach swojej młodości, zgubiła się. Znaleziono ją zdeorientowaną w mało uczęszczanym miejscu miasteczka. Tu rodzina szybko zareagowała, ale niektórzy nie widzą lub nie chcą dostrzec zmian w zachowaniu seniora. A jeśli nawet mają ich świadomość, zrzucają wszystko na karb starości. Inni tłumaczą, że sobie poradzą w opiece nad najbliższym, nawet odchodząc z pracy. Wszystko da się znieść – ale do czasu. Stres, ciągłe pilnowanie seniora i percepcja ojca lub matki zbliżona do poziomu kilkulatka mogą irytować. Brak pomocy ze strony rodziny, utrata płynności finansowej wcześniej czy później wystąpią. Dodatkowo może zawieść pomoc instytucjonalna społeczna.

## Sprawiedliwość

Demencja, choroba Alzheimera nie dotyczą tylko ludzi, którym z różnych powodów nie dane było zgłębiać wiedzy naukowej. Zdarza się często u osób wysoko postawionych - a przykładem była np. Alina Janowska, wybitna polska aktorka. Cierpią na nią też naukowcy, nauczyciele, aktorzy - czyli osoby całe życie pracujące na wysokich obrotach.

Miałam pacjentów, którzy stopniowo odchodzili pograżając się w chorobie. Z czasem niedomagali - spędzając większość dnia na wózku - i zalegali w łóżku. To była informacja, że zbliżają się do śmierci. Oczywiście ten etap trwa różnie, w zależności od osoby. Nie wolno generalizować.

## Dom opieki – mniejsze zło?

WHO w 2017 roku opracowało globalny plan działania dotyczący reakcji zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025. Wskazuje on na poprawę życia osób z demencją oraz ich rodzin. Dotyczy między innymi ustanowienia demencji jako priorytet dla zdrowia publicznego, zwiększenia świadomości ludzi nt. demencji, poprawę diagnostyki oraz leczenia. Wspomina się także na wsparcie opiekunów oraz zmniejszanie ryzyka zachorowania na demencję, jak i wspieranie badań i innowacji w zakresie leczenia choroby.

A może warto pomyśleć nad umieszczeniem seniora w domu opieki - państwowym bądź prywatnym? Niestety w Polsce nie wszędzie są specjalizacje w takich placówkach. Zazwyczaj przyjmowani są pacjenci z wszelkim zestawem chorób oraz na różnym poziomie ich zaawansowania. Są zatem kobiety i mężczyźni po udarach, z SM czy właśnie zmianami stricte degeneracyjnymi wywołanymi przez „Alcka” czy chorobę Parkinsona. Obok nich żyją osoby bez deficytów intelektualnych,

które z własnej woli na zasadzie „mniejszego zła” wybrały miejsce w domu opieki.

Natomiast, jeśli naszemu najbliższemu jest już obojętne gdzie mieszka; jeśli nie rozpoznaje ludzi z otoczenia – to może warto zapewnić mu bezpieczeństwo, wikt oraz opierunek. Jeśli pozostawiony sam w domu zagraża sobie lub innym mieszkańcom bloku np. odkręcając gaz, wychodząc z domu, a w stosunku do najbliższych pojawiają się bezpodstawne oskarżenia...

Wiadomo, że nikt nie będzie w domu opieki „skakał” koło seniora – jak to ma miejsce w rodzinie. Bowiem pod opieką pracowników jest od kilkunastu do kilkudziesięciu pensjonariuszy. Natomiast odciążeni członkowie rodziny mogą wrócić do normalnego rytmu życia, bez rezygnacji z pracy zawodowej. Owszem, na początku, pojawi się lęk i niepokój o dziadka czy babcię, ale z czasem on wygasa.

## Źródła:

<https://www.who.int/>  
[https://www.dementiauk.org](https://www.dementiauk.org/)  
<https://www.dementia.org.au/>  
<https://www.alzheimer-waw.pl/>



**Alicja Badetko,**  
dziennikarz, fizjoterapeuta  
pracujący z pacjentami neurologicznymi (Udar, choroba Parkinsona, SM, SLA).  
Gabinet w Tychach,  
tel. 664 747 215,  
[www.neuro-fizjo.manifo.com](http://www.neuro-fizjo.manifo.com)

# Tak? Nie?

## Cóż warte jest Twoje tak, jeśli nigdy nie mówisz nie?

Dbłość o siebie i swój osobisty potencjał psychiczny oznacza zgodę z sobą samym poprzez utrzymywanie pewnego stanu zwanego potocznie byciem blisko siebie. Oznacza to wyrazistość wewnętrznych komunikatów w kontakcie z samym sobą, w tym komunikatów w różnych sprawach na TAK i na NIE.

Wyraźne mówienie TAK i NIE jest zaleceniem znanym zarówno z Biblii, jak też zaleceniem modnej ciągle i popularnej asertywności. Podejście asertywne można objaśniać takimi pojęciami jak stanowczość, jednoznaczność i wyrazistość komunikowania się z ludźmi.

Z pojęciem stanowczości jest pewien kłopot, ponieważ w naszej kulturze kojarzy nam się ono z poleceniami wydawanymi przez rodziców, przynajmniej u tych osób, którzy mieli rodziców stanowczych. Stanowczość wymaga, stanowczy nakaz lub zakaz - oto co zwykle przychodzi na hasło stanowczość. Przy bliższym przyjrzeniu się można zobaczyć, że stanowczo można także wyrazić pozytywną i przyjazną opinię, jednoznacznie wyrazić uczucia, także (o, paradoksie!) jednoznacznie można zakomunikować o tym, że się jest zdezorientowanym i niepewnym. Naprawdę jestem zdezorientowana i stanowczo potrzebuję czasu, by wyrobić sobie w tej sprawie opinię! - oto stanowczy i jednoznaczny (asertywny) komunikat o niepewności. Albo: Jestem zmieszana. Wolę nie działać w takim stanie, proszę - nie naciśkaj.

Jak wynika z powyższych przykładów mówienie, tak, tak i nie,

nie wcale nie oznacza, że wiemy, co mądrego powiedzieć na każdą okazję i zawsze mamy ostatnie słowo. Chodzi przede wszystkim o ideę, by nie mówić nie na jakieś tak albo tak na jakieś nie. By nie zakłamywać rzeczywistości, nazywając białe czarnym, a czarne białym. Określenie niepewności nie jest jednak zakłamywaniem. Jest ujawnieniem prawdziwego stanu swoich myśli i uczuć, więc komunikatem z bycia blisko siebie.

W związku z konotacją wymagania-zakaz, z jaką wiąże się stanowczość, jest to pojęcie obciążone przekonaniem, iż stanowczość (a także asertywność) jest działaniem skutecznym. Całe rzesze ludzi zapisują się na treningi asertywności w przekonaniu, iż nauczą się skutecznej metody wpływania na innych ludzi: szefa, współmałżonka, rodziców czy dzieci. Nic bardziej błędnego. Asertywność nie ma związku

ze skutecznością. Nawet tradycyjna rodzicielska stanowczość, którą niektórzy z nas pamiętają, wielu doprowadziła w miejsce, którego by sobie rodzice absolutnie nie życzyli. Wielu rodziców uważa, że nie byli dość stanowczy i prawdopodobnie, w jakiejś części ludzkich losów, to może być przekonanie prawdziwe. Jednak wiemy, że pewien rodzaj stanowczości wywoływał, wywołuje i będzie wywoływać działanie przeciwne, czasami w otwartym buncie, czasami ukryte, pod pozorami tak zwanego podporządkowania się. Możemy niezwykle stanowczo i asertywnie żądać podwyżki, której nie dostaniemy. Możemy mówić NIE w sytuacji, gdy ktoś kompletnie na to nie zwraca uwagi i robi swoje (często dla nas bolesne i przykre). Możemy nie zgadzać się z rozwiązaniem, które zostanie przyjęte, ponieważ zwyciężą inne interesy niż te, w które sami zaangażowaliśmy się. I tak

dalej. Więc nie ma co liczyć na przesadną skuteczność stanowczości i jednoznaczności.

Są w życiu sytuacje, w których trzeba po prostu uważać, co się mówi. Mam na myśli przebywanie z ludźmi niezyczliwymi, w sytuacji gier i konfliktów, w których nie zanoszą się na konstruktywne rozwiązanie. Także wobec wroga, w walce podjazdowej, gdzie otwarte mówienie TAK i NIE jest niebezpieczne. Jest takie powiedzenie o rzucaniu pereł przed wieprze - i że się tego nie robi. Perełami są naturalnie ludzkie otwarte i uczciwe komunikaty. Nie warto ich wyrażać wszędzie tam, gdzie otwarte mówienie o sobie może być wykorzystane przeciwko nam. Jednak niemówienie czegoś z powodów dyplomatycznych nie oznacza okłamywania siebie. Bycie blisko siebie jest kontaktowaniem się ze swoją prawdą, niezależnie od tego, czy zdecydujemy się ją wyrazić, czy nie. Bycie blisko

siebie oznacza komfort obcowania z samym sobą w prawdzie naszych myśli i uczuć. Będąc blisko siebie czasem wiem, że wiem, czasem jednak wiem, że nie wiem albo nawet paradoksalnie wiem, że nie wiem na pewno. Wiem, czego potrzebuję, chociaż najbardziej nawet stanowcze wyrażenie swoich pragnień i potrzeb może być totalnie nieskuteczne w osiągnięciu tego, co dla mnie ważne.

Po co więc to wszystko?

Odpowiedź pierwsza: dla komfortu obcowania ze sobą.

Odpowiedź druga: dla skutecznego osiągania swoich celów i pragnień w środowiskach przyjaznych, a więc wszędzie tam, gdzie perły są honorowane jako kruszec szlachetny i gdzie ludzie szanują dobre wymiany, nie są sobie wrogami, otaczają troską i uwagą swoje potrzeby i stany ducha.

Odpowiedź trzecia: Chodzi o granice. Cóż warte jest twoje Tak, jeżeli nigdy nie mówisz Nie? Nie buduje nasze granice, podczas gdy Tak buduje nasze zaproszenie. Jeśli każdy może w każdej chwili wejść na jakieś terytorium, coż warte jest zaproszenie? Jeśli ktoś zmienia zdanie zależnie od okoliczności, coż warte jest jego zdanie?

Wiarygodność jest pochodną granic osobistych. Istniejemy jako zorganizowana psychicznie całość, o ile potrafimy odróżnić to, co moje, od tego, co nie moje. Moje idee, nie moje idee. Moje potrzeby, cudze potrzeby. Z moją zgodą, bez mojej zgody. Twój gniew, mój śmiech. Własna wiarygodność buduje poczucie wartości niezbędne do tego, by czuć się dobrze ze sobą samym i oferować innym krocie pereł, o ile tylko inni na to są gotowi.





**BEZPŁATNE KONSULTACJE  
W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ PTSR!**

Masz SM? Szukasz wsparcia psychologa,  
pracownika socjalnego, prawnika, neurologa?

Zadzwoń pod numer 22 127 48 50  
lub napisz [cism@ptsr.org.pl](mailto:cism@ptsr.org.pl)

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego zaprasza do korzystania z bezpłatnych konsultacji psychologicznych, socjalnych, prawnych oraz neurologicznych.

Nasi specjaliści świadczą profesjonalną pomoc w rozwiązywaniu trudności życiowych, wspierają w radzeniu sobie z wyzwaniami jakie niesie SM, pomagają w rozwiązywaniu spraw socjalnych oraz kwestii prawnych. Neurolog zatrudniony w poradni udziela wsparcia informacyjnego m.in. w kwestii leczenia SM czy radzenia sobie z objawami SM.

Pomoc kierowana jest do osób ze stwardnieniem rozsianym a także ich bliskich z całej Polski. Spotkania odbywają się przez telefon, Internet albo osobiście - w Warszawie.

Wypełnij formularz do na stronie [www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl) lub zadzwoń pod (22) 127 48 50 i zapisz się na spotkanie.

Wsparcie specjalistów w ramach poradni jest możliwe dzięki:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
ul. Nowolipki 2a, 00-160 Warszawa  
[www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl)



# ROZMOWY O CHOROBIĘ

Czyli dobra komunikacja między lekarzem  
a pacjentem chorym na SM.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ, CO, JAK I KIEDY MÓWIĆ, ŻEBY  
BUDOWAĆ WARTOŚCIOWĄ RELACJĘ Z PACJENTEM.

Wejdź na  
[www.rozmowyochorobie.ptsr.org.pl](http://www.rozmowyochorobie.ptsr.org.pl)  
i zapoznaj się z materiałami szkoleniowymi.



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Infolinia 127 48 50  
[www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl)

# Rozmowy o SM - dobra komunikacja to podstawa!

Badania pokazują, że problemy komunikacyjne między pacjentami a lekarzami mogą negatywnie wpływać zarówno na zrozumienie przez pacjentów informacji związanych z przebiegiem choroby i celami terapeutycznymi, jak również na ich zaangażowanie w leczenie. To w jaki sposób specjalista mówi o diagnozie i te-

rapii oraz jak uważnie słucha pacjenta, decyduje o jakości ich relacji, która powinna być otwarta, oparta na zaufaniu i wzajemnym szacunku.

**Emocjonalne wsparcie jest szczególnie ważne w rozmowach o diagnozie stwardnienia rozsianego. Empatia (czyli zdolność do rozumienia doświad-**

**zeń wewnętrznych innej osoby oraz umiejętność komunikowania tego zrozumienia) w istotny sposób może pomagać lekarzom zapewniać odpowiedniej jakości opiekę, zaspokajając zarówno emocjonalne, poznawcze jak i biologiczne potrzeby pacjenta. Ponadto, badania dowodzą, że dobra relacja i komu-**

**nikacja między lekarzem a pacjentem ułatwia temu drugiemu regulowanie emocji związanych z chorobą, rozumienie informacji medycznych, psychologiczne dostosowanie się do sytuacji, a samemu lekarzowi pozwala na lepszą identyfikację potrzeb pacjentów.**

Badania wykazały też, że wsparcie lekarza jest istotnym czynnikiem predykcyjnym adherencji (stosowania się do leczenia i zaleceń lekarskich), a osoby z SM - choć chcą być zaangażowane w podejmowanie decyzji o leczeniu - nie chcą podejmować ich samodzielnie, ale być traktowani po partnersku.

Rozmowy o chorobie powinny zatem być prowadzone w taki sposób, by nie wpływać negatywnie na dalsze decyzje życiowe pacjentów, a motywować ich do radzenia sobie, dbania o siebie. Dobre umiejętności komunikacyjne praktykowane przez lekarzy pozwolą

pacjentom poczuć się w pełni zaangażowanymi w proces dbania o zdrowie. Lekarzowi z kolei dobra relacja z pacjentem przyniesie większe zadowolenie z pracy i zmniejszy ryzyko wypalenia zawodowego. Warto zatem praktykować dobrą komunikację, ponieważ korzyści są obopólne.

Nauka „dobrej komunikacji” to proces angażujący, jednak przynoszący wiele korzyści. Dlatego warto poświęcić trochę czasu i uwagi na nabycie odpowiednich umiejętności.

**Z myślą o wsparciu komunikacji lekarz - pacjent Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (PTSR) przygotowało projekt edukacyjny „Rozmowy o chorobie, czyli dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem chorym na SM”, który skierowany jest do lekarzy praktyków oraz studentów medycyny, ale korzystac mogą z niego również pacjenci.**

Projekt składa się z materiałów wideo oraz broszur stworzonych przez ekspertów praktyków z dziedziny psychologii i medycyny, którzy od wielu lat pracują z osobami przewlekle chorymi. Lekarka i Konsultantka Krajowa w Dziedzinie Neurologii profesor dr hab. n. med. **Agnieszka Słowik** oraz psycholożka kliniczna i psychoterapeutka poznawczo-behawioralna PTTPB - **Katarzyna Romanowicz** dzielą się swoją wiedzą na temat tego, czym jest dobra komunikacja i co może ułatwić rozmowy z pacjentem na trudne tematy. Prof. dr hab. n. med. **Katarzyna Kotulska-Jóźwiak** opowiada o tym, jak powinny być prowadzone rozmowy z dziećmi i ich rodzicami na temat choroby dziecka.

Zachęcamy do wykorzystania materiałów, które znaleźć można na [www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl) albo [www.rozmowyochorobie.ptsr.org.pl](http://www.rozmowyochorobie.ptsr.org.pl)



# Krioterapia terapia zimnem

**Daje wspaniałe rezultaty w leczeniu wielu schorzeń, m.in. reumatologicznych, zapalenia stawów, schorzeń neurologicznych, stanów pourazowych, ale jest także wspaniałym zabiegiem poprawiającym samopoczucie.**

Krioterapia jest jednym z zabiegów rehabilitacyjnych kontraktowanych przez NFZ w ramach zabiegów ambulatoryjnych. Kieruje na nią lekarz posiadający specjalizację rehabilitacji ruchowej, ortopeda, neurolog lub reumatolog. Zabieg ten polega na leczeniu bardzo niskimi temperaturami, tj. od -160 do -100 st. C. Ekstremalnie niskie temperatury przyczyniają się do reakcji obronnej organizmu.

Najpierw naczynia krwionośne kurczą się, zaś przepływ i przemiana materii spowalniają. Następnie obrona organizmu przybiera formę gwałtownego rozszerzenia się naczyń krwionośnych i zwiększenia przepływu krwi. W ten sposób do komórek ciała dociera znacznie więcej tlenu, substancji przeciwzapalnych i składników odżywczych. W rezultacie zmniejsza się stan zapalny i związany z nim ból, zaś uszkodzone tkanki szybciej się regenerują. Również mięśnie rozluźniają

się, a przemiana materii przyspiesza. Zabieg krioterapii można podzielić na dwa rodzaje: miejscowy i ogólny.

Zabieg miejscowy polega na tym, że do miejsca zmienionego chorobowo przykłada się specjalny przyrząd dozujący bardzo zimny, ciekły azot. Jego zadaniem jest zamrożenie i zniszczenie chorych komórek. Krioterapię miejscową stosuje się np. w przypadku zmian skórnych. Nierzadko zabieg ten jest też wykorzystywany w rehabilitacji uszkodzonych stawów, np. kolan. Należy go powtarzać kilkakrotnie, aby przyniósł pożądany efekt.

Zabieg ogólny przeprowadzany jest w kriokomorze, gdzie panuje bardzo niska temperatura, a pacjent wchodzi do niej na krótki czas. Celem leczenia jest ogólna poprawa samopoczucia, polepszenie wydolności organizmu, niwelowanie obrzęków, a także zmniejszanie bólu chorobowego. Kriote-

rapia ogólna jest dobra także dla osób chcących poprawić swoje samopoczucie.

Krioterapia nie jest dla wszystkich; w szczególności z krioterapii ogólnej, nie powinny korzystać osoby chore w wieku senioralnym, czyli powyżej 65 lat, ale także cierpiące na niektóre choroby, np. zaawansowaną miażdżycę, nadciśnienie, zakrzepy żyłne czy zaburzenia rytmu serca. Zabieg ten nie jest również wskazany dla kobiet oczekujących narodzin dziecka. Przeciwwskazaniem do korzystania z kriokomory jest także choroba nowotworowa.

## Zasady korzystania z kriokomory:

- Najlepsze efekty leczenia zimnem osiąga się, stosując serię zabiegów - minimum 10 do 30 wejść do kriokomory, najlepiej codziennie.

- Przed każdym wejściem należy zmierzyć tętno i ciśnienie krwi.

- Bezpośrednio przed zabiegiem nie należy brać prysznic ani stosować kremów czy balsamów.

- Obowiązkowy strój to: kostium kąpielowy (spodenki dla mężczyzn), grube skarpety, rękawiczki, przepaska lub czapka na głowę, maseczka na twarz, chodaki.

- Nie wolno mieć na sobie biżuterii ani żadnych metalowych elementów.

- W czasie pobytu w kriokomorze poruszamy się w miejscu. Nie dotykamy ścian. Oddychamy powoli, niezbyt głęboko.

**Zabieg trwa do 3 minut. Wycho- dzimy z komory natychmiast po usłyszeniu sygnału dźwiękowego. Po wyjściu z kriokomory pacjent musi jeździć na rowerze treningowym przez minimum 30 minut lub wykonać odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne, by ponownie rozgrzać**

**organizm - to konieczny element krioterapii - kinezyterapia, czyli terapia ruchem.**

Krioterapia ogólnoustrojowa jest zabiegiem często stosowanym u chorych ze schorzeniami neurologicznymi, w tym SM, gdy przewlekły proces chorobowy wpływa nie tylko na układ ruchu, lecz również na stan psychiczny, np. zespół depresyjny.

Dzięki dobroczynnemu oddziaływaniu kriokomory, chorzy zauważają poprawę nastroju, rozluźnienie napiętych mięśni, poprawę zakresu ruchomości stawów, ustępowanie bólu i zmęczenia oraz uczucie rozgrzania ciała.

Skutki uboczne korzystania z kriokomory występują rzadko. Czasowo mogą pojawić się delikatne odrętwienia, skurcze i mrowienie skóry, a także bóle i zwroty głowy, które powinny ustąpić w miarę kolejnych zabiegów.

H.K.



# Dzień Bezpiecznego Kierowcy

**25 lipca to Ogólnopolski Dzień Bezpiecznego Kierowcy. W tym roku przypada 16 edycja tego święta. Głównym celem obchodów jest zwrócenie uwagi na bezpieczną jazdę i przestrzeganie przepisów ruchu drogowego.**

Data 25 lipca ma związek ze wspomnieniem św. Krzysztofa – patrona kierowców, którego święto przypada właśnie w tym dniu. Z tej okazji policja przypomina kierującym, by nie podejmować brawurowej jazdy i korzystać z dróg nie narażając siebie i innych uczestników ruchu na utratę zdrowia lub życia.

Przede wszystkim należy pamiętać o przestrzeganiu dozwolonych limitów prędkości i korzystaniu z pasów bezpieczeństwa. Istotne jest również, by prowadząc samochód być wypoczętym i trzeźwym.

„Zadbajmy o prawidłowy stan techniczny naszych pojazdów; wyruszając w dłuższą trasę, zaplanujmy sobie przerwy, by móc przez całą podróż zachować właściwą koncentrację” – radzi policja.

Według danych z 2020 roku małe ilość wypadków drogowych,

jednak rośnie liczba zgonów na drodze. Ze statystyk policji wynika, że w ubiegłym roku w Polsce łącznie zgłoszono 23 531 wypadków drogowych, w którym śmierć poniosło 2 480 osób. Policja informuje podsumowując 2020 rok, że oznacza to, że niemal co dziesiąty wypadek był śmiertelny.

„Pamiętajmy o odpowiedzialnym zachowaniu na drodze nie tylko od święta. To, czy bezpiecznie dojedziemy do celu w głównej mierze zależy od nas samych” – apeluje policja.

Dzień Bezpiecznego Kierowcy jest świętem ogólnopolskim. Na problem zwrócono również uwagę w międzynarodowych gremiach. Zgromadzenie Ogólne ONZ postanowiło zaapelować o bezpieczeństwo kierowców na drogach. W 2005 r. ustanowiło pierwszy Światowy Tydzień Bezpieczeństwa na Drodze (rezolucja 60/5), skierowany głównie do młodych użytkowników dróg, zwłaszcza do młodych kierowców.

Tą samą rezolucją Zgromadzenie proklamowało Światowy Dzień Pamięci o Ofiarach Wypadków Drogowych, obchodzony corocznie w trzecią niedzielę listopada.

Jak poprawić bezpieczeństwo na polskich drogach? Odpowiedź na to

pytanie jest w zasięgu ręki. W latach 2035-2045 podobno samochody bez kierowców przyczynią się do uratowania życia 585 tysięcy osób wynika z badania „Passenger Economy”. Niedługo Dzień Bezpiecznego Kierowcy może więc stać się świętem pojazdów autonomicznych. Większość aut klasy premium, a nawet klasy średniej już posiada możliwość zamontowania funkcji zapewniających częściową samodzielność pojazdu. Stopniowo zakres autonomii będzie się zwiększać.

Funkcje zapobiegania kolizjom, zaprogramowana odporność na zmęczenie i minimalizacja zakresu błędów to tylko niektóre z korzyści, jakie przynoszą systemy autonomiczne. „Królują tutaj głównie asystent pasa ruchu, system automatycznego zatrzymywania się (przed pojazdem, przeszkodą lub pieszym) oraz aktywne tempomaty czy asystent świateł drogowych. To wszystko ma na celu ograniczenie omyłności kierowcy lub auto-reakcję pojazdu, gdy kierowca jest nie wystarczająco uważny lub gdy w wyniku zmęczenia zaśnie na drodze. Funkcje te to jednak jedynie etap przejściowy w dojściu do celu jakim jest całkowite zniwelowanie wypadków na drodze” - komentuje Anna Burakowska z Business Lease.

Do realizacji scenariusza konieczne są zmiany infrastruktury i zmiany legislacyjne (w tym ubezpieczeniowe). Kiedy kierowcy przestaną być potrzebni? Większość producentów deklaruje pełną gotowość w 2025 roku. Chciałoby się zaapelować - drodzy ustawodawcy, nie ma zatem na co czekać, tym bardziej, że to wszystko w imię naszego bezpieczeństwa! (PAP)

To święto obchodzimy w Polsce od 2006 r. Policjanci prowadzili różnorodne akcje, np. działania kontrolne stanu technicznego pojazdów, przypominają jak ważne jest znajomość i przestrzeganie przepisów ruchu drogowego, apelowali o bezpieczną jazdę, o zachowanie ostrożności, o kulturę jazdy, o szacunek do innych uczestników ruchu drogowego itd. W Kościele Katolickim to dzień patrona kierowców św. Krzysztofa - o święcie i bezpieczeństwie ruchu drogowego mówili także duchowni.

**Bezsprzecznie właśnie od bezpiecznego kierowcy zależy stan bezpieczeństwa na naszych drogach. Tylko dzięki nim możemy przesunąć się w europejskich sta-**

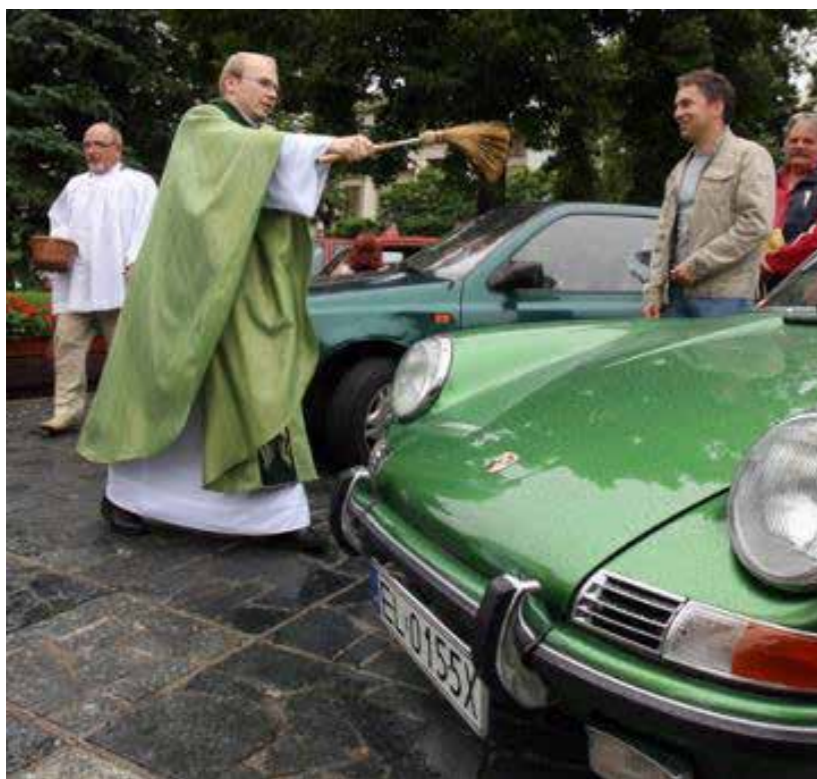
**tystykach wypadkowości z ostatnich pozycji, wyżej. Poprosiliśmy o krótkie odpowiedzi na pytanie: KTO TO JEST BEZPIECZNY KIEROWCA?**

**Monika Witek, instruktor nauki jazdy:** Bezpieczny kierowca, to kierowca, który jeździ „z głową”. To człowiek, który pamięta, że na drodze nie jest sam, że są jeszcze inni. Niekoniecznie tak samo sprawni jak on, niekoniecznie z taką samą wiedzą i doświadczeniem, ale są. To człowiek, który patrzy nie tylko „tu i teraz” ale jeszcze „tam dalej” gdzie jedzie, gdzie będzie za chwilę. To ten, który wie do czego służą kierunkowskazy i umie z tej wiedzy skorzystać, zarówno gdy sam chce zmienić zajmowany pas ruchu lub kierunek jazdy, ale również wtedy, gdy te manewry wykonują inni. Bezpieczny kierowca wie jak korzystać z lusterek, a przede wszystkim umie to zrobić i robi to również wtedy, gdy stoi na światłach czy w korku. To taki, który dba o bezpieczny odstęp czy to w czasie zatrzymania, czy też w czasie jazdy nie tylko jadąc za kimś, ale również przy manewrach wymijania, omijania,

wyprzedzania, a przede wszystkim w czasie zmiany pasa ruchu czy kierunku jazdy. To taki, który nie wypycha się na siłę, bo musi. Bezpieczny kierowca to człowiek, który (pamiętając, że jest tylko człowiekiem) mierzy zamiary na siłę i potrafi zrezygnować z wykonania manewru jeżeli zmusza go do tego sytuacja i okoliczności. Bezpieczny kierowca to człowiek, który nawet gdy bardzo się spieszy pamięta o maksymie, że lepiej w życiu stracić minutę, niż życie - w minutę!

**Krzysztof Bandos, instruktor nauki jazdy, prezes PFSSK:** Wiedza i umiejętność. Podstawa: to oczywiście umiejętność prowadzenia pojazdu, a także znajomość zasad ruchu drogowego oraz przepisów prawa z nim związanych. Bezpieczeństwo na drodze. Należyta i właściwa dbałość o bezpieczeństwo: swoje, przewożonych osób, a także innych uczestników ruchu. Z jednej strony będzie to pewność siebie i swoich umiejętności, z drugiej jednak – ostrożność i rozważa, zdrowy rozsądek i wyobraźnia. Istotne są także zdolność do koncentracji i podejmowania szybkich





decyzji oraz opanowanie i refleks, które sprzyjają wyjściu cało z nieprzewidzianych, niebezpiecznych, a toczących się przecież zazwyczaj w błyskawicznym tempie akcji na drodze. Doświadczenie. W praktyce cechy te rozwijane są u kierowcy wraz z nabieranym przez niego doświadczeniem. Ono pozwala też z odpowiednim wyprzedzeniem dostrzec możliwe zagrożenia, a nawet przewidzieć niektóre zachowania innych uczestników ruchu na podstawie sytuacji, w których dany kierowca wcześniej uczestniczył, albo których był świadkiem. Potrafi to zrobić oczywiście zwłaszcza wtedy, gdy cechuje go jednocześnie umiejętność wyciągania właściwych wniosków.

**Maciej Kalisz, prezes Fundacji „Jedź Bezpiecznie”, redaktor naczelny portalu [www.jedz-bezpiecznie.pl](http://www.jedz-bezpiecznie.pl):** Kierowca to osoba kierująca pojazdem mechanicznym, od roweru, poprzez motocykl i samochód osobowy, po jazdy ciężarowe i autobusy. Bez względu od jego rodzaj zawsze powinien mieć na względzie bezpieczeństwo swoje, jak również pozostałych uczestników ruchu drogowego. W tym pieszych, którym także jest na co dzień. Ale pod

tym pojęciem kryje się nie tylko przestrzeganie przepisów czy przewidywanie zachowań innych, to też odpowiedzialność za utrzymanie swojego pojazdu w należytym stanie technicznym.

**Ryszard Krawczyk, metodyk, trener-wykładowca:** Nie ma bezpiecznych kierowców. Jesteśmy tyle wariacji na ile nas życie sprawdziło. Zawsze jutro może coś nas zaskoczyć. Sytuacje w ruchu drogowym nie zależą tylko od kierowcy. Są też inni uczestnicy przemieszczania się pojazdami i infrastruktura drogowa. Wszystko ma wpływ na nasze zachowania. I często to, co dziś jeszcze jest bezpieczne, jutro nie musi takim być. Sztuka przewidywania zachowań innych i technicznych reakcji naszego pojazdu to podstawa bezpieczeństwa. Znajomość przepisów i ich interpretacja, ocena tu i teraz możliwości pojazdów i pieszych. Obserwacja drogi i pobocza, rozróżnianie znaków oraz dziesiątki innych okoliczności. Konieczna koncentracja, rezygnacja z telefonu, jedzenia, picia i myślenia o „niebieskich migdałach” to takie ogólne zachowania bezpiecznego kierowcy. Na naszych zajęciach zajmujemy się sztuką kontrolowania

swojego pojazdu. Świadomość ograniczeń i możliwości auta pozwala lepiej przygotować się do niespodzianek na drodze. Adrenalina, składnik jazdy na granicy umiejętności, zwiększa koncentrację na zadaniu. W normalnym ruchu drogowym wyzwala nawyk, odruch wypracowany na treningach. Warto się uczyć każdego dnia. Obserwując innych i siebie na drodze.

**Marek Staszczak, dyrektor WORD Toruń:** Krótko definiując: bezpieczny kierowca to taka osoba, która kierując pojazdem nie spowodowała lub nie przyczyniła się do stworzenia zagrożenia życia lub zdrowia innych użytkowników dróg.

Podumowując: Bezpieczny kierowca, to taki, który zna i przestrzega przepisów ruchu drogowego, To kierowca, który porusza się sprawnym pojazdem. To kierowca uważny, kulturalny i szanujący innych uczestników ruchu drogowego.

**Policja w trakcie Święta przypomina o Dekalogu Kierowcy, który wożony jest przez wiele osób w swoich samochodach. Dekalog przypomina o poprawnym zachowaniu na drodze i przestrzeganiu ważnych zasad:**

1. Nie będziesz egoistą na drodze.
2. Nie będziesz ostry w słowach, czynach i gestach wobec innych ludzi.
3. Pamiętaj o modlitwie i uczczeniu Św. Krzysztofa kiedy wyruszasz w drogę – umiej też podziękować.
4. Szanuj pieszych.
5. Nie zabijaj – bądź trzeźwy.
6. Zapnij pasy – będziesz bezpieczny.
7. Nie bądź brawurowy w prędkości.
8. Nie narażaj siebie i innych na niebezpieczeństwo.
9. Pomagaj potrzebującym na drodze.
10. Przestrzegaj przepisów drogowych, szanuj pracę naszej Policji.

ak



## Czy jako osoba z SM przyjmująca leczenie modyfikujące przebieg choroby powinienem/-nam zaszczepić się przeciw COVID-19?

Szczepienie przeciw COVID-19 może oznaczać koniec bardzo trudnego dla wszystkich okresu pandemii; jednocześnie ilość sprzecznych informacji dostępnych w internecie niekoniecznie sprzyja prawidłowemu zrozumieniu sytuacji. Aby dowiedzieć się jak należy postępować w czasie pandemii COVID-19 i podczas leczenia SM, przeczytaj często zadawane pytania wraz z odpowiedziami udzielonym przez naszych ekspertów.

### 1 Czy ze względu na SM mam wyższe ryzyko zachorowania na COVID-19?

Obecnie nie wiadomo, czy SM stanowi czynnik ryzyka zachorowania na COVID-19. Wiemy jednak, że zachorować może osoba, która miała kontakt z wirusem. Mając to na uwadze, stosowanie się do zaleceń pozwalających zminimalizować ryzyko kontaktu z wirusem i tym samym ryzyko zakażenia jest bardzo ważne. Regularne i dokładne mycie rąk, noszenie maseczki ochronnej i utrzymywanie dystansu społecznego pozwoli znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowania na COVID-19.

**Prof Dawn Langdon**  
Professor of Neuropsychology, Royal Holloway, University of London, UK



### 2 Jeśli zachoruję na COVID-19, to czy choroba będzie miała u mnie cięższy przebieg?

Obecnie nadal niewiele wiemy na temat wpływu COVID-19 na pacjentów z SM. Na podstawie dotychczas zebranych informacji na temat przypadków COVID-19 u osób z SM nie wydaje się, żeby zakażenie miało u nich cięższy przebieg. Należy jednak pamiętać o tym, że w ramach środka ostrożności osoby z SM nie powinny przyjmować niektórych leków podczas zakażenia. Decyzje dotyczące leczenia powinny być podejmowane wspólnie z zespołem specjalistów, który się Tobą opiekuje. Jeśli zatem podejrzewasz u siebie COVID-19, przed przerwaniem lub opóźnieniem podania leku porozmawiaj z lekarzem prowadzącym.

**Prof Gavin Giovannoni**  
Chair of Neurology, Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, UK

### 3 W ramach leczenia SM przyjmuję interferon. Czy chroni mnie to przed zachorowaniem na COVID-19?

Obecnie nie dysponujemy jakimikolwiek dowodami na to, że stosowane w SM leczenie modyfikujące przebieg choroby chroni przed COVID-19. Wiemy natomiast, że najskuteczniejszą, najbezpieczniejszą i najpewniejszą metodą ochrony przed COVID-19 jest szczepienie.

**Prof Gavin Giovannoni**  
Chair of Neurology, Blizard Institute, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, UK



### 4 Jaki jest mechanizm działania szczepionek przeciw COVID-19?

Chociaż do produkcji niektórych szczepionek używa się żywych lub osłabionych wirusów, technologii tej nie zastosowano w przypadku szczepionek przeciw COVID-19. Pamiętając o tym, podanie szczepionki przeciw COVID-19 nie może wywołać zakażenia u zaszczepionej osoby. Wprowadzenie małego, specjalnie wybranego elementu wirusa do organizmu umożliwia przeprowadzenie celowanego szkolenia układu immunologicznego bez konieczności narażenia się na bezpośredni kontakt z patogenem. Układ immunologiczny po zidentyfikowaniu struktur szczepionki jako obcych dla organizmu elementów rozpoczyna odpowiedź, tworząc armię dedykowanych komórek i przeciwciał gotowych w przyszłości do walki z patogenem. Oznacza to, że w momencie kontaktu z patogenem organizm rozpoznaje elementy wirusa, z którymi wcześniej miał kontakt i uruchomi właściwe mechanizmy obrony.

**Prof Celia Oreja-Guevara**  
Vice Chair of Neurology and Head, MS Centre, University Hospital San Carlos, Madrid and Professor of Neurology, University Complutense, Madrid, Spain



### 5 Jak bezpieczne są szczepionki przeciw COVID-19? Czy podanie szczepionki wpłynie na moje DNA?

Chociaż szczepionki przeciw COVID-19 opracowano bardzo szybko, to jednak zastosowany proces weryfikacji był tak samo rygorystyczny jak w przypadku wszystkich leków. Panuje powszechne, błędne przekonanie, że szczepionki zmieniają DNA człowieka. Chociaż niektóre z nich zawierają materiał genetyczny, informacyjny RNA (mRNA), to jednak nie oddziałuje on ani nie wpływa na DNA gospodarza zaszczepionej osoby. W tym przypadku mRNA wykorzystuje się, żeby nauczyć komórki organizmu produkcji specjalnego białka szczytowego (kolca) znajdującego się na powierzchni wirusa wywołującego COVID-19. Wyprodukowane w organizmie białko zostaje przeniesione na powierzchnię komórek, gdzie jest prezentowane komórkom układu immunologicznego. Po zidentyfikowaniu struktur szczepionki jako obcych dla organizmu elementów układ immunologiczny rozpoczyna odpowiedź, tworząc armię dedykowanych komórek i przeciwciał gotowych w przyszłości do walki z patogenem. Po zaprezentowaniu obcego białka cząsteczka mRNA zostaje zniszczona. W organizmie pozostają jednak wyprodukowane wcześniej przeciwciała, które w momencie wniknięcia wirusa SARS-CoV-2 (wirus powodujący COVID-19) rozpoznają to białko, zapewniając nam ochronę.

**Dr Mitzi Williams**  
Medical Director, Joi Life Wellness MS Center, Atlanta, GA, USA



Anna Drajewicz

# Do Donum Corde po sprawność



Pierwsze wrażenie? Wjeżdżam na posesję składającą się z trzech białych budynków, otoczonych szpalerem drzew; na dzień dobry – przed wejściem - zachwycają zadbane skalne kompozycje i klomby. W największym, gdzie mieści się „centrum dowodzenia”, przybyłych witają trzy sympatyczne słonie, z obowiązkowo podniesionymi trąbami. Na szczęście, które tutaj przybiera postać zaklęcia: wyjechać w dużo lepszej formie, niż się przybyło. Ja już tego doświadczyłam, zaraz wam o tym opowiem.

Rok temu, gdy zaczęła się pandemia i na dwa miesiące zamknięto możliwość rehabilitacji, jej utrata zabrała moją sprawność i posadziła na wózek. Spastyka (pozbawiona terapii ruchem) szybko znalazła sobie furtkę – dotkliwie ściskając prawą stronę i pozbawiając mnie możliwości chodzenia o kulach. Kiedy już uwolniono rehabilitację i można było działać, zaczęła się żmudny proces odbudo-

wy. Pobyt w Donum Corde bardzo przyspieszył ten proces. Uśmiechnięty personel dokłada wszelkich starań, aby pobyt nie ograniczał się tylko do żmudnej rehabilitacji. Interesujące są spotkania z panią psycholog; w innych ośrodkach uczestniczyłam w wielu takich terapiach, gros z nich było tylko „wypełniaczem czasu”, nie wnoszącym żadnych istotnych treści. Tutaj – to zupełnie inna bajka. Zmuszają do refleksji, analizy i wyciągania



wniośków. Praca w grupie i z grupą służy faktycznemu rozwojowi. Poczucie sprawczości, własnej wartości, to istotne elementy terapii. Zdrowie psychiczne jest nie mniej istotne niż zdrowie fizyczne. W Ośrodku wiedzą o tym doskonale, stąd kompleksowe zapewnienie pacjentem. Pracownia Terapii Zajęciowej to z kolei miejsce rozwoju kompetencji manualnych i plastycznych. Rebusy, krzyżówki, puzzle, scrabble, gry planszowe, ale też uwrażliwiające na piękno działania poprzez malowanie, rysowanie, origami czy tworzenie np. jajek wielkanocnych bądź ozdobnych kartek.

Mieszkalny budynek poprzedza okazałe i świetnie wyposażone Centrum Rehabilitacji. Z „naszego” punktu widzenia najważniejszy jest w nim egzoskielet. Wymusza prawidłowy chód; stawianie nóg z odpowiednim na-

[www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl)





ciskiem i pod odpowiednim kątem. Reedukacja i terapia chodu wykorzystuje nowoczesne technologie. Jest szczególnie wskazana dla osób z dysfunkcjami ruchu lub niechodzących.

**Dla osób chorych na stwardnienie rozsiane bardzo istotne jest, aby jak najdłużej utrzymać funkcję chodzenia. Osoba z dużymi zaburzeniami, w przypadku terapii konwencjonalnej z fizjoterapeutą, jest w stanie wykonać kilka, kilkanaście, czasem kilkadziesiąt kroków; w urządzeniu EGZO tych kroków jednorazowo może być nawet kilkadziesiąt. Ta terapia to również aktywna forma pionizacji, która niesie ze sobą mnóstwo pozytywnych skutków - poprawę wentylacji płuc, dociążenie kończyn dolnych, czy wzmocnienie mięśni tułowia oraz kończyn dolnych,**

W egzoszkielecie pacjent, zależnie od swoich możliwości, jest maksymalnie angażowany w wykonywanie ruchów, oraz przenoszenie ciężaru ciała z jednej nogi na drugą. Poza tym pracuje z robotem poruszającym się w przestrzeni, a to daje wiele pozytywnych efektów psychologicznych. Dla pacjentów, którzy z jakiegoś powodu nie chodzą, bądź ich chód jest znacznie zaburzony, to cenny i bardzo istotny efekt terapii. A tę prowadzą fachowo przeszkolone osoby, prawdziwi pasjonaci swojej pracy, bardzo zaangażowanymi w osiągnięcie sukcesu i sprawności swoich podopiecznych. Krew, pot i łzy..... Boli, czasem bardzo, ale nic nie motywuje bardziej do wysiłków niż analiza parametrów, które z każdą kolejną sesją wykazują powrót do zdrowia!

I tak było ze mną; mozolnie stawiałam pierwsze i kolejne kroki, żeby po każdej terapii odnotować, że nogi coraz lepiej sobie radzą! Jestem coraz mocniejsza i silniejsza. Do kompletu moich zabiegów należały indywidualne, systematyczne ćwiczenia z rehabilitantem i pionizacja w parapodium. Ta statyczna pionizacja w ogóle jest bardzo istotna



dla wszystkich pacjentów z dysfunkcjami układu nerwowego, dla osób z SM również. Przede wszystkim zapobiega przykurczom mięśni, przyczynia się również do prawidłowego uwapnienia kości, przez co zapobiega osteoporozie, bardzo często spotykanej u osób nieostojących lub niechodzących samodzielnie. Pozycja pionowa jest bardzo korzystna dla organizmu ze wzglę-

du na to, że nasze organy i układy nie są przyzwyczajone do leżenia oraz siedzenia. **W pionie poprawia się między innymi wentylacja płuc (zapobiega zapaleniom płuc) oraz perystaltyka jelit (zapobieganie zaparciom). Pionizacja, a co za tym idzie - prawidłowe dociążenie kończyn dolnych, zmniejsza spastykę mięśni oraz wpływa na wzmocnienie tułowia (zapobiega to asyme-**

trium tułowia). WHO - Światowa Organizacja Zdrowia - zaleca, aby każda osoba nieostojąca samodzielnie lub robiąca to nieprawidłowo, była pionizowana nawet do 2h dziennie, jednorazowo zaś minimum 30 minut. Przebywając w Donum Corde jesteśmy jak w wielkiej rodzinie. Wspólne spotykamy się na kawie/herbacie, oglądaniu filmów, bądź prowadzimy ciekawe, budujące rozmowy. Każda osoba jest niepowtarzalna, a jej osobowość poszerza widzenie świata. Uczy nas tolerancji i empatii. Natomiast jeżeli ktoś potrzebuje chwili samotności i wyciszenia - do dyspozycji jest urządzona ze smakiem biblioteka, z kusząco wygodnymi fotelami i półkami pełnymi książek. Wszystkie informacje na stronie: <https://donumcorde.pl/>

## SM Express ukazuje się dzięki wsparciu



Wydawnictwo wspiera firma

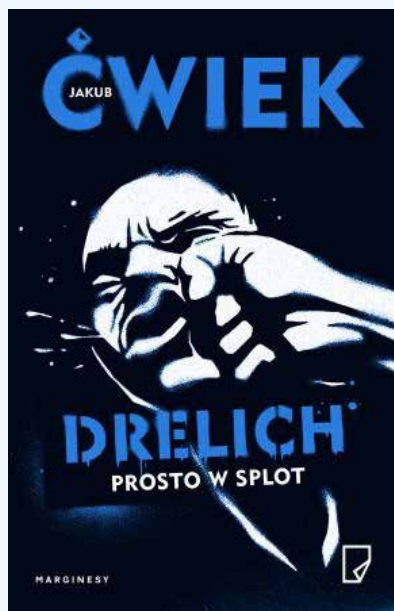
**Biogen**



SANOFI GENZYME

**NOVARTIS**

**SM Express** Redaguje zespół: Tomasz Połec - redaktor naczelny, Współpracują: Anna Drajewicz, Edward Móravski, 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](mailto:redakcja@ptsr.org.pl)



### Udowodnić niewinność

Marek Drelich oficjalnie pracuje jako przedstawiciel handlowy w pewnej firmie. Jednak tak naprawdę utrzymuje się z kradzieży. Jako złodziej jest doskonały w swoim fachu. Zawsze sprawdza i dopina akcje, zanim się w nie zaangażuje. Nie bierze nigdy roboty, w której nie mógł uczestniczyć na etapie jej planowania. Potrafi się wycofać nie bacząc na straty. Jest dokładny i niemal bezbłędny w tym co robi. Prywatnie rozwodnik z dwójką dzieci. Z byłą żoną utrzymuje dobre relacje, dzieciaki za nim przepadają. Mieszka w Warszawie. Ten idealny obraz fachowca doskonałego pewnego dnia pęka, gdy

do jego drzwi puka trzech mężczyzn z Gdańska. Bezceremonialnie proponują mu podróż do Trójmiasta. W drodze dowiaduje się, że jest podejrzewany o romans z żoną ich szefa – Zygmunta Wójcika. Protestuje, ale na darmo. Wtedy postanawia nauczyć panów szacunku... Po wszystkim zostawia ich w samochodzie na pobliskim poboczu. Wie jednak, że oni nie odpuszczą, a on musi udowodnić, że z tą panią nie miał żadnego kontaktu. Jego śladem podąż najlepszy człowiek Wójcika. Drelich będzie musiał zadbać i ukryć rodzinę... I dopiero teraz robi się niebezpiecznie. Świetna trzymająca od pierwszej strony w napięciu powieść kryminalna.

„Drelich. Prosto w splot”, Jakub Ćwiek, Marginesy

### Trzech kumpli

Urodzili się w 1952 roku. Poznali w liceum, Staszek Wyszyński, Andrzej Hętny i Stefan Pabich. Kumple na zabój. Dziwnym zrządzeniem losu i przy pomocy złośliwych kolegów Staszek zostaje przewodniczącym szkolnego Związku Młodzieży Socjalistycznej. Wspólnie fascynują się koleżankami z klasy, mają za sobą pierwsze prywatki, alkoholowe ekscesy. Później ich losy układają się bardzo różnie. Przez nawał pracy przyjaźń nie wytrzymuje próby czasu. Hętny i Pabich mocno przeżywają grudniowe wypadki w Gdańsku. Na początku lat siedemdziesiątych Hętny zostaje zatrzymany przez milicję. Rozlepił ulotki zniechęcające do wyborów. Na komendzie pojawia się esbek, który proponuje Hętnemu

układ, Albo podpisuje druk o współpracy z SB i wychodzi, jeśli nie - zostaje w areszcie.

Najpierw chłopak się stawia. Więc esbek zamyka go w celi z dwoma kryminalistami, którzy w nocy gwałcą Hętnego. Na drugi dzień bez szemrania podpisuje wszystko. Zeznający w tej samej sprawie Stefan dostaje zakaz wyjazdu z kraju.

Wyszyński jest doradcą pierwszego sekretarza partii w Gdańsku i robi karierę. Kumple spotykają się w 1980 roku. Przyjaciele są po różnych stronach barykady.

Już w nowej Polsce ich drogi znów się przypadkowo krzyżują. Okazuje się, że to Wyszyński korzystając ze starych, partyjnych kontaktów dobrze się ustawił, natomiast Stefan i Andrzej czują, że coś im



umknęło...

„Niespodziewany koniec świata”, Antoni Pawlak, Wielka Litera



### Dar – przekleństwo

Opowieść jest snuta przez dwudziestotrzyletniego Jamie'go Conklina. Wszystko zaczyna się, gdy chłopak miał sześć lat. Wtedy zobaczył po raz pierwszy, a raczej drugi – pierwszy to martwy rowerzysta w parku, następnie sąsiadkę, która przed chwilą zmarła. Widzi ich przez kilka dni, potem zmarli odchodzą. Powiedział o tym matce. Ta kazała mu nikomu o tym nie mówić. W ogóle w to nie wierzy, zwala to na wybujałą fantazję chłopca.

Wszystko zmienia się, gdy umiera poczytny literat, podopieczny matki. Kobieta jest agentem literackim. Namawia więc syna, by pojechał z nią do domu pisarza

i spróbował znaleźć jego ducha. Chodzi o niedokończoną powieść. Literat zostawił tylko kilka stron. Wszystko udaje się doskonale. Matka nagrała to co powtarzał po duchu Jamie i wydała bestseller. Świadkiem tego była policjantka przyjaciółka matki. Postanawia wykorzystać dar Jamie'go.

Ten początkowo się broni, ale w końcu ulega namowom. Dzięki jego pomocy udaje się rozbroić bomby podłożone pod centrum handlowe. Tylko, że to niesie za sobą konsekwencje. Duch bombiarza nie chce odczepić się od chłopaka. Nawiedza go w najmniej odpowiednich momentach. I coś z tym trzeba zrobić.

„Później”, Stephen King, Albatros