

Nr 102 Rok IX listopad 2021 ISSN 2299-9647

SMExpress



Gala Sympozjii Serc czyt. str. 4-11

W numerze:

SM nie może czekać - str. 2 - 3

Borderline - str. 13

Mózg emocjonalny - str. 14 - 15

Nie zaczynaj palić - str. 18 - 21

Listopad miesiącem walki z cukrzycą - str. 24 - 25

Kawa i banany - str. 26 - 27

Droży Państwo



Za nami jedno z najważniejszych wydarzeń w PT SR – Gala SyMfonii Serc. W tym roku, za sprawą problemów związanych z covidem i wynikającymi z niego zawirowaniami, wyjątkowo odbyła się w Pałacu Prymasowskim, a nie jak zwykle na Zamku Królewskim. Myślę jednak, że sala Pałacu dorównała dostojnictwem Zamkowi i wszyscy przeżywalibyśmy uroczystość bardzo głęboko. SyMfonia Serc jest naszą sztandarową kampanią edukacyjną, która na stałe wpisała się w kalendarz wydarzeń PT SR. Sama w sobie jest rozpoznawalna, a jej przekaz dociera do tysięcy osób, nie tylko w Polsce. I jest wydarzeniem łączącym całą naszą organizację, gdyż czynnie uczestniczą

w niej, na różne sposoby, wszystkie oddziały. Dlatego też zawsze staramy się przygotować wszystko bardzo dokładnie, aby nie zapomnieć o niczym.

W tym roku, ze względu na pandemię, zasady musiały być nieco inne. Przede wszystkim obowiązywały nas obostrzenia, ale też ze względu na specyficzną sytuację przyznanych zostało nieco więcej wyróżnień. Szczegóły o SyMfonii znajdą Państwo w relacji z tego wydarzenia. Warto też zapoznać się z nazwiskami tegorocznych laureatów.

O ile SyMfonia już za nami to przed nami kolejne ważne wydarzenie – 30 listopada wraz z Parlamentarnym Zespołem ds. SM organizujemy konferencję poświęconą sytuacji pacjentów z SM w Polsce. Wraz z wieloma specjalistami neurologami spróbujemy zdiagnozować potrzeby oraz realia polskiego systemu refundacji leczenia. Spotkanie będzie o tyle ważne, że weźmie w nim udział minister zdrowia Maciej Miłkowski oraz przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. SM Anna Kwiecień. Obecność tych osób świadczy o tym, że sprawy stwardnienia rozsianego stają się

naprawdę ważne w naszym kraju. Choć do zrobienia jest jeszcze bardzo dużo. Gdy zapoznają się Państwo z artykułem na stronach 2 i 3 o jakości traktowania SM w Czechach, można poczuć rozgoryczenie. Ale trzeba mieć świadomość, że PT SR robi naprawdę wszystko co można, aby choć w pewnym stopniu dorównać tym standardom. Ta konferencja będzie jednym z kolejnych etapów w dotarciu do podobnej jak u Czechów jakości świadczeń.

Na początku tej kadencji obiecałem Państwu, że zrobię co będę mógł, aby sytuacja osób z SM w Polsce się zmieniła. Myślę, że te zmiany widać. Pamiętajmy też z jakiego pułapu polskie SM startowało. Z choroby traktowanej po macoszemu stała się drugą pod względem nakładów na terapie lekowe. To dużo. Wiem, że należy się nam więcej, ale nie da się wprowadzić takich zmian z dnia na dzień. Poza tym pamiętajmy, że cała neurologia w Polsce przeżywa kryzys. I między innymi o tym, aby tę sytuację zmienić będziemy rozmawiać w końcu listopada. Pracy jest bardzo dużo, ale musimy ją wykonać, aby sytuacja wreszcie stała się zadowalająca.

SM nie może czekać

Czesi rozwiązali problem szybkiego włączenia do leczenia w SM

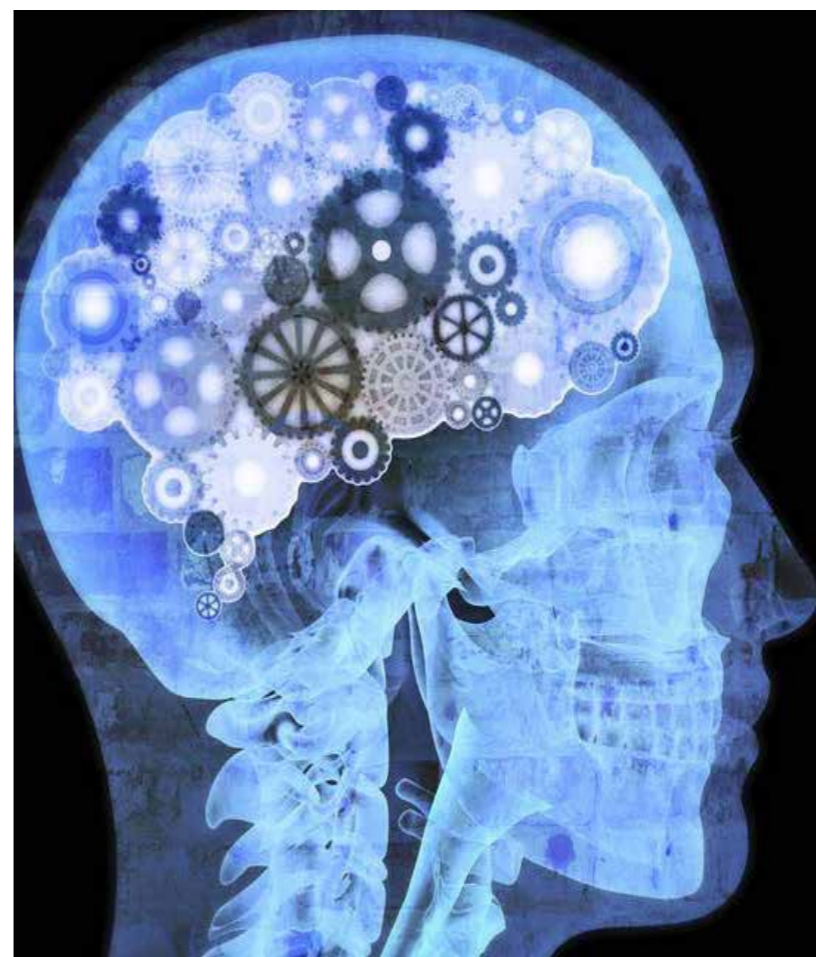
Czas od rozpoznania stwardnienia rozsianego do rozpoczęcia leczenia to w Polsce ponad 18 miesięcy. Tymczasem Czesi włączają do leczenia już w 28 dni. Szybkie rozpoczęcie leczenia decyduje o losie pacjentów – podnosi efektywność terapii oraz jakość życia chorych.

W 2018 r. międzynarodowe grono ekspertów pod kierownictwem brytyjskiego neurologa prof. Jere-

miego Hobarta przygotowało rekomendacje dotyczące standardów jakości opieki w stwardnieniu rozsianym. Określa ono, że maksymalny czas od wystąpienia pierwszych objawów SM do postawienia diagnozy przez neurologa to 2 miesiące, zaś czas na wdrożenie leczenia modyfikującego chorobę, licząc od potwierdzenia rozpoznania SM, powinien wynosić maksymalnie 4 tygodnie.

Współautorka „konsensusu Hobarta” prof. Dana Horáková z Uni-

wersytetu Karola w Pradze, przewodnicząca Komitetu Immunologicznego Czeskiego Towarzystwa Neurologicznego uważa, że właśnie kluczową i najbardziej odczuwalną dla pacjentów z SM zmianą w Czechach były wprowadzone w 2012 r. wytyczne Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z którymi leczenie pacjenta z SM musi zostać wdrożone w ciągu miesiąca od diagnozy. Jak mówi powinno wystarczyć rozpoznanie choroby, aby włączyć pacjenta do terapii.



Czas niełaskawy dla polskich chorych

W Polsce nadal zbyt długo czeka się na potwierdzenie rozpoznania choroby i wdrożenie leczenia. Diagnozowanie SM trwa nawet 2 lata. Tymczasem rekomendacje polskich ekspertów, zawarte w raporcie „Ścieżka pacjenta z postacią rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego w placówkach publicznej opieki zdrowotnej w Polsce. Kierunki optymalizacji” opublikowanym przez Uczelnię Łazarskiego w maju br. wskazują, że osiągalnym w naszym kraju standardem powinno być zdiagnozowanie pacjenta i rozpoczęcie leczenia w ciągu 4 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów. Jest niezmiernie istotne, bo od tego zależą przebieg choroby i jej konsekwencje. Szybkie wdrożenie leczenia modyfikującego chorobę hamuje jej progresję, co dzięki utrzymaniu sprawności pacjenta, spowalnia postęp niepełnosprawności. Jest więc korzystne dla chorego i systemu, bo

obniża koszty leczenia oraz opieki nad pacjentem. Zdaniem polskich ekspertów, aby skrócić czas od diagnozy do rozpoczęcia leczenia konieczne jest utworzenie poradni SM, nadanie skierowaniem na konsultację neurologiczną i badania diagnostyczne statusu priorytetu w ramach prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, utworzenie rejestru pacjentów z SM jako narzędzia służącego do stałego monitorowania i doskonalenia jakości opieki, a w dłuższej perspektywie czasowej wprowadzenie Centrów Kompleksowej Diagnostyki i Leczenia SM w oparciu o międzynarodowe wytyczne dla MSCare Unit.

Czeski wzorzec

Czesi udowodnili, że możliwe jest wprowadzenie zmian systemowych, które usprawnią organizację leczenia SM. W 2012 r. wdrożono ustawy obowiązek włączenia leków modyfikujących chorobę w ciągu 28 dni od postawienia diagnozy SM, a od 2013 r.

działa tam krajowy rejestr stwardnienia rozsianego: ReMuS (Multiple Sclerosis Patient Registry). Prof. Dana Horakova zwraca uwagę, że Czechy i Polska, to kraje postkomunistyczne, gdzie wciąż trzeba walczyć, aby refundowano różnego rodzaju terapie. - Jeżeli mamy przekonać płatników, że leczenie jest skutecznie i efektywne kosztowo, to musimy dysponować konkretnymi twardymi danymi, które to udowodnią. Uruchomiony w Czechach rejestr został przygotowany przez organizację naukową we współpracy z organizacją pozarządową. Krok po kroku wszystkie ośrodki włączały się w przekazywanie danych, a obecnie na bieżąco raportują je wszystkie centra leczenia SM. Szpitale prowadzące centra SM mają zagwarantowane finansowanie na przekazywanie danych do rejestru, aby pokryć koszty wynagrodzenia osób, które wykonują pracę administracyjną przy tej bazie danych - opowiada.

Jej zdaniem, leczenie SM w Czechach poprawiło też stworzenie centrów opieki dla osób z SM. W Czechach działa 15 takich centrów. W Polsce, jako czterokrotnie większym krajem, powinno ich być 60 - 80. - Najważniejsze jest to, aby mieć gwarancję uzyskania wczesnego rozpoznania choroby i by było to gwarantowane systemowo przez władzę, przez organizatora ochrony zdrowia - dodaje prof. Horakova.

Czesi wyprzedzają Polskę w rankingu porównującym wydolność systemów opieki zdrowotnej. W opublikowanym w 2019 r. Indeksie Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia i Indeksie Stwardnienia Rozsianego zawierającym analizę porównawczą kondycji systemów w 30 państwach Europy, zajęły 12 miejsce, a Polska 17. Czesi, jako jedyne państwo z Europy Środkowo-Wschodniej uzyskały wynik powyżej średniej europejskiej, wyprzedzając takie kraje jak Francja czy Hiszpania. Wydaje się oczywiste, że powinniśmy czerpać wzór z doświadczeń naszych południowych sąsiadów.

Uroczysta Gala SyMfonii Serc

Tradycją jest, że z okazji zakończenia kampanii edukacyjno-informacyjnej SyMfonia Serc Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, w trakcie uroczystej Gali, wyróżnia osoby i instytucje, które w sposób szczególny pomagają osobom ze stwardnieniem rozsianym, szerzą wiedzę na temat choroby i wspierają nasze działania. W tym roku, w trakcie spotkania w Pałacu Prymasowskim w Warszawie, wraz z Fundacją PTSR, mieliśmy zaszczyt wręczyć 32 takie wyróżnienia. Dla nas ta uroczystość ma

szczególne znaczenie, gdyż buduje bliższe relacje między naszym stowarzyszeniem, a ludźmi, którzy czując taką potrzebę chcą pomagać. Jest to o tyle ważne, że w większości przypadków są to osoby związane z lokalnymi władzami, instytucjami lub też osoby prywatne. Wręczając nasze wyróżnienia okazujemy jak bardzo doceniamy ich działania, ale też jak ważna jest dla nas ich obecność.

Uroczysta gala to także okazja

dla oddziałów, aby wyróżnić tych wszystkich, którzy pomagają organizować lokalne działania i wspierają wysiłki naszych oddziałów. Chcemy, aby osoby, które poświęcają swój czas na pomoc osobom potrzebującym czuły się docenione. Dziękujemy wszystkim nagrodzonym. Wsparcie, które PTSR oraz osoby z SM i ich bliscy uzyskują od osób prywatnych, publicznych, instytucji czy firm jest niezwykle istotne, ponieważ umożliwia realizację wielu przedsięwzięć.

Poniżej, jeszcze raz dzięku-

jąc, wymieniamy nazwiska osób wyróżnionych w tym roku:

Człowiek Wielkiego Serca - to tytuł przyznawany osobie bliskiej chorego na stwardnienie rozsiane, która jest jego bezpośrednim i długotrwałym opiekunem.

Nagrodzeni:
Małgorzata Czapska
Zygmunt Wieczorek

Ambasador SM - odznaczenia wręczone osobom publicznym mającym zasługi w podnoszeniu świadomości społecznej oraz upowszechnianiu wiedzy na temat stwardnienia rozsianego i życia z tą chorobą.

Nagrodzeni

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik
Prof. dr hab. n. med. Halina Bartosik - Psujek
Prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek
Mateusz Rafałko
Janusz Wilczek
Andrzej Walczak
Rafał Adamczyk
Małgorzata Karasińska
Kazimiera Gotkowitz
Tomasz Matuszewski
Leszek Puchała
Dr Maria Gajecka-Bożek
Łukasz Konarski
Bartosz Witkowski
Wspólnota mieszkaniowa Opaczewska-Kurhan

Serca Serc - podziękowania to wyróżnienie dla osoby fizycznej lub instytucji, które istotnie przyczyniają się do reali-

zacji „SyMfonii serc” w roku bieżącym i/lub w latach poprzednich.

Nagrodzeni:
Renata Wołowik
Kamil Bogucki
Anna Skupińska
Stefania Gąsiorowska
Edyta Wilk
Fundacja StwardnienieRozsiane.Info
Joanna Dronka-Skrzypczak
Jurajskie Centrum Medyczne
Centrum Organizacji Pozarządowych
Anna Maria Kulczyńska
Urszula Kropaczewska
Mariusz Grzegorkiewicz
Spółdzielnia Mieszkaniowa Zatorze
Beata Grobelna
Paweł Napolski









Obrzęk w bryczesach

- Zobacz Alicja. Ćwiczę, jeżdżę na rowerze, w pracy chodzę – a ten tłuszcz jest. Tych obrzęków na udach praktycznie nie da się pozbyć. W końcu lekarz mi powiedział, że to lipodemia. Słyszałaś o czymś takim? - zapytała mnie kilka dni temu koleżanka.
Nie, ale sprawdzę. Bo może my fizjoterapeuci, też coś możemy zaradzić?!

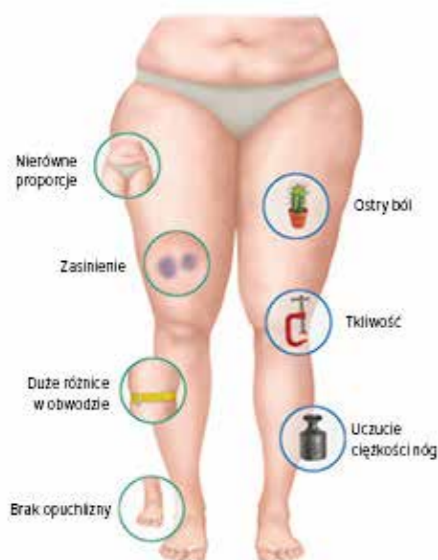
Lipodemia charakteryzuje się tym, że tłuszcz odkłada się głównie na nogach i statystycznie u 30% chorych na rękach. Ale tu uwaga: nie ma go na stopach i tułowiu. Zdarza się, że problem odnajdziemy też na nbiodrach, pośladkach, brzuchu, karku, piersiach i podbródku. Jest to zaburzenie metaboliczne o charakterze przewlekłym, a dotyczy nieprawidłowego rozmieszczenia tłuszczu w tkance tłuszczowej. I nie jest to masło maślane, jak wielu pomyśli. Statystycznie 11/100 kobiet je ma. A celulit może być pierwszym znakiem ostrzegawczym. Restrykcyjne diety nie wpłyną niestety na zatrzymanie schorzenia.

Cechy:

- symetryczne rozłożenie tkanki tłuszczowej,
- zmiana proporcji budowy ciała,
- nogi są „napompowane”, przypominają „filary”,
- dotyczy zarówno osób o prawidłowej wadze, jak i z nadwagą,
- może pojawić się ograniczenie ruchomości kończyn lub zmniejszenie ich siły, problem z długo-trwałą pozycją stojącą,
- dotyk tych miejsc może powodować ból,
- tendencja do siniaków (problem z naczyńmi krwionośnymi)
- choroba może wpływać na ocenę własnych możli-

Zewnętrzne objawy obrzęku tłuszczowego

Wewnętrzne objawy obrzęku tłuszczowego



- wości, samoocenę itp.
- przybieranie na wadze,
- złe rozmieszczenie tłuszczu ma formę: wgniecenia, wgłębienia, stwardnienia, zauważalnych nierówności, bolesne zwyrodnienia w tkankach, a choroba dotyka też stawy.
- choroba dotyczy oprócz skóry również naczyń krwionośnych i limfatycznych (obrzęk uniemożliwia ich pracę związaną z transportem płynów, co powoduje wytworzenie się stanu zapalnego w obrębie tkanki podskórnej i skóry) oraz stawów i kości.
- nie występuje u panów i dzieci,
- zmiany nasilają się stopniowo w trzech stadiach choroby,
- obrzęk gorzej wygląda i dokucza w porze letniej,

Przyczyny:

- trudno jednoznacznie powiedzieć, dlaczego ktoś choruje,
- najczęściej są to kobiety,
- bierze się pod uwagę zmiany hormonalne,
- choroba pojawia się w okresie dojrzałości płciowej, podczas ciąży, menopauzy oraz po niej,
- genetyka – panowie mogą przenosić cechy, chociaż sami nie będą obdarzeni chorobą,

Leczenie:

- odpowiednia dieta,
- drenaż limfatyczny ręczny i mechaniczny,
- leki na bazie diosminy (zaledwie wspomagają),
- wyroby kompresyjne - podkolanówki, pończochy itp.
- operacyjne usunięcie tłuszczu – lipektomie – niestety niosą za sobą niekorzystne konsekwencje jak powikłania lub blizny,
- liposukcje np. metoda ultradźwiękowa Vaser, wodna Body Jet.
- dbanie o skórę, paznokcie,
- sport - polecane są: pływanie, joga, jeżdżenie na rowerze, trening siłowy, spacer. Odradza się bieganie między innymi ze względu na obciążenia stawów.
- pozycje ułożeniowe – nogi powinny leżeć wyżej niż reszta ciała.

Alicja Badetko

Źródła:

Frederike Eshencke, Lipodemia, książka wydana przez Wydawnictwo Vital, Białystok 2020, wersja internetowa: <https://wydawnictwovital.pl/wp-content/uploads/2021/02/Lipodemia-Frederike-Eschecke-MM-m2m.pdf>
<https://lipodemia.pl/artykuly/lipodemia/>
https://www.sfd.pl/Lipodemia_czyli_tzw._choroba_grubych_n%C3%B3g_co_warto_wiedzie%C4%87-t1078988.html
<https://limfo2020.icongres.pl/wp-content/uploads/2016/09/Ulotka-DL-Poradnik-dla-pacjenta-limfodemia-i-lipodemia-art.-99B53-01.2021.pdf>

www.ptsr.org.pl



Borderline

Julia Wróblewska, dziewczyna, która od 7 roku życia gra w filmach, serialach oświadczyła, że cierpi na zaburzenie osobowości typu Borderline.

Co to jest?

- zespół zaburzeń, w którym współistnieją cechy nerwicy, psychozy i psychopatii oraz narcyzmu,
- tłumacząc: osobowość z pogranicza,
- ICD 10 - F60.31.

Statystyka:

- 75% chorych to kobiety
- osoby trafiają do szpitala zazwyczaj po próbie samobójczej
- 8 -10% chorych popełnia samobójstwa, najczęściej kobiety.
- cierpi na nie 1,6% do nawet 6% populacji

Cechy:

- myśli i próby samobójcze,
- chwiejność emocjonalna - zmienność uczuciowa, częste wybuchy złości, skłonność do kłótni, kapryśny nastrój,
- nadwrażliwość w relacjach międzyludzkich,
- strach przed odrzuceniem, wręcz panika na najmniejsze objawy chęci porzucenia,
- osoba z zaburzeniem jest jakby sklejona z partnerem i chce żeby był on cały czas dla niej dostępny,
- wchodzenie w niestabilne związki,
- skrajne postrzeganie partnera,
- poczucie pustki emocjonalnej i nudy,
- niedowartościowanie i niewłaściwe postrzeganie siebie,
- chwiejny obraz własnego ja,
- myśli paranoiczne związane ze stresem,
- autoagresja i ryzykowne zachowania: seksualne, finansowe, niekontrolowane działania np. niebezpieczna np. szybka jazda samochodem, objadanie się,
- nieadekwatna do sytuacji złość także z agresją,
- zdarza się nieakceptacja własnego ciała,
- wrażliwość na odrzucenie,
- rozpad wewnętrzny przy porzuceniu lub podejrzeniu odrzucenia
- druga osoba ma być na "wyłączność",
- silne próby uniknięcia odrzucenia,

- wchodzenie w niestabilne związki,
- w pracy - liczne zmiany stanowisk, praca poniżej możliwości
- gorsza tolerancja na stres,
- ogromne, ciągłe pragnienie bliskości,
- natręctwa,
- objawy różnych chorób somatycznych - bóle lub objawy neurologiczne.

Przyczyny:

- genetyka,
- trauma w dzieciństwie np. wykorzystywanie seksualne, fizyczne, emocjonalne,
- brak własnej równowagi emocjonalnej,
- chwiejność emocjonalna w rodzinie.
- osobowość występowała u np. matki,
- zaniebdywanie przez rodziców i brak więzi,

Diagnoza:

test Rorschacha

Leczenie:

- farmakologia
- psychoterapia

Źródła:

<https://podyplomie.pl/.../000/010/195/original/26-31.pdf...>
<https://www.kul.pl/files/714/media/1.43.2000.art.8.pdf.pdf>
<https://psychologiazaburzen.pl/borderline/https://www.mp.pl/.../74280,osobowosc-borderline...>



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

<https://www.facebook.com/badetkoFizjoterapeuta>

Infolinia PTSR - 22 127 48 50

SMExpress

Mózg emocjonalny

Nazw stanów emocjonalnych słowniki notują dziesiątki, jeśli nie setki, a rozmaici psychologowie wyróżnili w sumie co najmniej kilkanaście emocji "podstawowych". Porównanie list tych emocji, sporządzonych przez różnych badaczy, prowadzi do wniosku, że różnice między nimi biorą się z używania różnych słów na określenie tych samych stanów. Okazuje się wtedy, że różne listy w znacznym stopniu pokrywają się i praktycznie wszystkie zawierają jakąś wersję czterech emocji: strachu, złości, smutku i zadowolenia. Istnieją mocne dowody na poparcie tezy, że te emocje podstawowe mają wrodzony, biologiczny charakter i mamy je wspólne ze zwierzętami. Natomiast nasza świadomość przeprowadza ich obróbkę i to przeżycie emocji, świadome odczucie odbieramy w postaci różnorodnych stanów emocjonalnych. Procesy świadome są bardzo trudne do badania metodami neurobiologii, bowiem nawet tak nowoczesne metody obrazowania stanu mózgu, jak funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI) czy emisyjna tomografia pozytonowa (PET) mają za niską rozdzielczość czasową w stosunku do efemerycznych, krótkotrwałych zjawisk zachodzących w świadomości.

Jedną z najlepiej zbadanych emocji podstawowych jest strach. Tak neuronalny mechanizm powstawania strachu opisuje Daniel Goleman w swojej głośnej książce "Inteligencja emocjonalna" (Media Rodzina, Poznań 1997): Powiedzmy, że siedzisz wieczorem sam w domu i czytasz książkę, kiedy nagle słyszysz dobiegający z sąsiedniego pokoju łoskot [...]. Pierwszy [...] obwód nerwowy odbiera dźwięk jako fale fizyczne i przekłada je na język mózgu, aby postawić cię w stan czujności. Ta droga nerwów biegnie od ucha do pnia mózgu i dalej, do wzgó-

rza. Potem rozwidła się: mniejsza wiązka połączeń nerwowych prowadzi do ciała migdałowatego i położonego w jego pobliżu hipokampa; druga, większa, do okolicy słuchowej kory mózgowej, znajdującej się płacie skroniowej, gdzie są klasyfikowane i interpretowane dźwięki. [...] Ciało migdałowate włącza alarm, a jego okolica środkowa pobudza do działania podwzgórze, pień mózgu i autonomiczny układ nerwowy [...]. Ciało migdałowate połączone jest ze wszystkimi ważniejszymi częściami mózgu. Z obszarów środkowego i przyśrodkowego biegnie połączenie do okolic podwzgórze, które wydzielają [...] hormon uwalniający kortykotropinę (CRH), mobilizujący ciało, za pośrednictwem strumienia innych hormonów, do walki lub ucieczki. [...] Jeszcze inna droga prowadzi z ciała migdałowatego do miejsca sinawego w pniu mózgu, który z kolei wytwarza norepinefrynę (noradrenalinę) i rozsyła ją do różnych części mózgu. Norepinefryna w większa ogólną reaktywność tych obszarów mózgu, które ją otrzymują, dzięki czemu ośrodki czuciowe stają się bardziej wrażliwe na docierające do nich impulsy. Zalewa ona korę mózgową, pień i sam układ limbiczny, stawiając cały mózg w stan pogotowia. Większość tych zmian zachodzi poza naszą świadomością. Najważniejsze, co wynika z tego opisu, to że reakcja na bodziec istotny z emocjonalnego punktu widzenia jest przetwarzana dwoma torami: podkorowo, czyli nieświadomie, i świadomie. Dzięki temu możliwa jest błyskawiczna reakcja (procesy podkorowe są szybkie), z ewentualną późniejszą korektą działań, wynikających z świadomej refleksji. Najnowsze badania nad neurobiologicznymi podstawami emocji można podsumować w ten spo-

sób: z powstawaniem emocji wiąże się kilka obszarów mózgu. Są to głównie obszary poniżej poziomu kory mózgowej, czyli podkorowe. Główne mieszczą się w rejonie pnia mózgu, podwzgórze oraz podstawy przodomózgowia. Rejon określany jako istota lub substancja szara PAG (od angielskiej nazwy periaqueduct al gray) jest podstawowym kandydatem na głównego koordynatora reakcji emocjonalnych. Innym ważnym narządem podkorowym jest ciało migdałowate. W korze mózgowej natomiast emocjami zajmują się fragmenty przedniej części zakrętu obręczy oraz przedczołowy rejon brzuszno-przyśrodkowy. Istotną sprawą jest, że wymienione obszary są w różnym stopniu zaangażowane w przetwarzanie różnych emocji. Nowe techniki obrazowania pracy mózgu wykazują, że wzbudzenie u badanych i przeżywanie przez nich smutku, złości, strachu czy zadowolenia prowadzi do pobudzenia kilku z wymienionych obszarów, lecz sposób tego pobudzenia jest dla każdej z tych emocji inny. I tak smutek zawsze aktywuje brzuszno-przyśrodkowy fragment kory przedczołowej, podwzgórze oraz pień mózgu. Złość i strach nie aktywują ani kory przedczołowej, ani podwzgórze. Pobudzenie pnia mózgu jest wspólne dla tych trzech emocji. Ciało migdałowate

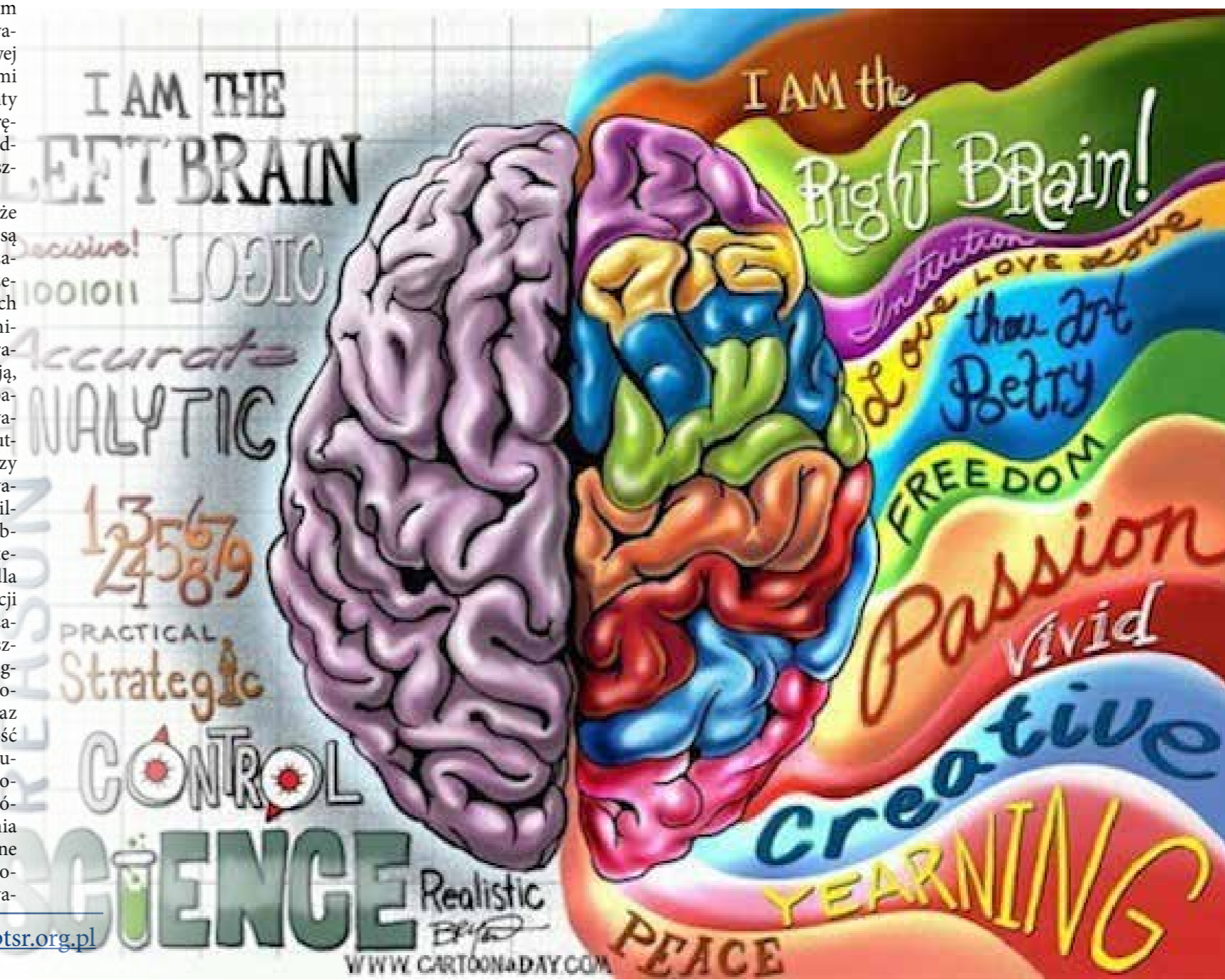
te - odgrywające, jak mówiliśmy, podstawową rolę w powstawaniu strachu - wykazuje nikłe zainteresowanie innymi emocjami, takimi jak zadowolenie czy odraza. Ta wybiórczość jest charakterystyczna: rozmaite struktury mózgu interesują się pewnymi emocjami, a innymi zupełnie nie.

Substancje chemiczne produkowane w mózgu tworzą skomplikowany układ wzajemnych powiązań, a dany stan układu wpływa na to, czy odczuwamy smutek, radość lub złość, czy potrafimy opamiętać się, jak radzimy sobie z problemami życiowymi, jakie więzi łączą nas z ludźmi, jak traktujemy normy społeczne, jakie decyzje po-

dejmujemy. Wiadomo, że w emocjach związanych z agresją (gniew, złość) zasadniczą rolę odgrywa wazopresyna i testosteron (ale także serotonina), w stanach zadowolenia i radości - neuroprzekazniki opioidowe, a stany smutku i przygnębienia wiążą się z obniżonym poziomem serotoniny. Sprawa jednak nie jest tak prosta, jak mogłoby się wydawać: nadmiernym i wprowadzającym w błąd uproszczeniem jest przekonanie, że danej emocji można przyporządkować bezpośrednio lub nawet pośrednio jedną czy dwie substancje działające w mózgu.

Jak to ujął czołowy badacz neurobiologicznych podstaw życia emocjonalnego, Joseph LeDoux: "Sło-

wo «emocja» nie odnosi się do niczego, co umysł czy mózg rzeczywiście ma albo tworzy. «Emocja» jest tylko etykietką, wygodnym sposobem rozmawiania o aspektach mózgu i umysłu. [...] W powstawaniu różnych klas emocji pośredniczą oddzielne układy nerwowe, które rozwijały się z różnych powodów. Układ, z którego korzystamy, aby bronić się przed niebezpieczeństwem, jest inny niż ten, którego używamy przy prokreacji, a uczucia, będące skutkiem aktywizacji tych układów - strach i przyjemność (seksualna) - nie mają wspólnego pochodzenia. Nie ma czegoś takiego [...] jak układ w mózgu, który zajmowałby się tą fantasmagoryczną funkcją".



Światowy Dzień Rzucania Palenia Tytoniu

Co roku inspiruje do wyjścia z nałogu. Światowy Dzień Rzucania Palenia Tytoniu ma niezwykłą historię

W 2021 roku Światowy Dzień Rzucania Palenia Tytoniu przypada na 18 listopada. Obchodzone corocznie w trzeci czwartek listopada święto, ma niezwykłą genezę.

Dzień Rzucania Palenia został zainicjowany przez dziennikarza Lynna Smitha, wydawcę Monticello Times. W 1974 wpadł on na pomysł wydarzenia, początkowo znanego było pod nazwą "Don't Smoke Days" ("Dni niepalenia"), a później pod bardziej chwytliwym szyldem "the Great American Smokeout" ("Narodowe niepalenie").

Dzisiejsza nazwa funkcjonuje od kąd pieczę nad inicjatywą przejęło amerykańskie Towarzystwo Walki z Rakiem. Zgodnie z jego rozporządzeniem, Dzień Rzucania Palenia, obchodzony jest w trzeci czwartek listopada — zawsze

tydzień przed amerykańskim Dniem Dziękczynienia. Dzisiejsze obchody Dnia Rzucania Palenia są dość konwencjonalne w porównaniu z tym, co proponował Lynn Smith. Dziennikarz i aktywista na rzecz ruchu antytytoniowego zaproponował swoim czytelnikom układ: każdy, kto przestanie palić, trafi na okładkę "Monticello Times".

Okazało się, że palacze potrzebowali dokładnie takiej zachęty. Podczas pierwszej edycji "D-Day" (kolejna nazwa, proponowana przez Smitha; skrót od "Don't Smoke Day"), swoje twarze na okładce zobaczyło 300 osób. Choć w tym przypadku "zobaczyło" jest pewnym nadużyciem: twarze potencjalnie byłych już palaczy nie mogły być większe niż znaczki pocztowe.

Akcja okazała się sukcesem nie tylko marketingowym: "Monticello Times", owszem, zyskało rozgłos w całym USA, jednak to, co najbardziej cieszyło, to potencjalna liczba nikotynowych absty-

mentów: trzy miesiące po "D-Day" w postanowieniu wyjścia z nałogu miało trzymać się aż 9 proc. osób. To ogromny odsetek, biorąc pod uwagę, że z papierosami skutecznie rozstaje się średnio 2 proc. palaczy.

Dzisiaj liczba ta ponownie ma szansę pójść do góry — i to globalnie. Dzięki szeroko dostępnym alternatywom, palacze mają szansę przede wszystkim ograniczyć skutki palenia tytoniu, a w dalszej perspektywie — całkowicie porzucić nałóg.

Do potencjalnie mniej szkodliwych alternatyw należą, między innymi, podgrzewacze tytoniu oraz e-papierosy. Najważniejsze jednak, żeby wybierać alternatywne dla papierosów produkty, które zostały gruntownie przebadane, np. wśród wspomnianych podgrzewaczy - glo hyper+, na którym do tej pory przeprowadzono 44 testy behawioralne, 164 analizy chemiczne, 46 badań klinicznych oraz 75 testów określających wpływ na komórki organizmu.

Rzucamy i co?

Odstawienie zawsze łączy się z dolegliwościami, ale one mijają.

Dobre skutki nie przychodzą od razu, najpierw trzeba się napracować, nie ma szybkich sposobów „w pigułce”.

Zmaganie jest trudne - nawet jeśli jest pewien okres początkowej euforii, to później zwykle przychodzi faza zwątpienia i przygnębienia, a nawet depresji. Jest to normalne i przejściowe.

Chęć powrotu do nałogowego zachowania (przerwania abstynencji), nawet bardzo silna, po pewnym czasie mija (uczucia są jak fale - opadają).

W pierwszej fazie odwykania trzeba być dla siebie łagodnym i wyrozumiałym, a także często siebie chwalić za utrzymywanie abstynencji.

Całą mądrość w sprawie rozstawania się z nałogowym zachowaniem trzeba mieć na piśmie, bo człowiek łatwo zapomina i w ogóle głupieje.

Olbrzymia większość mądrości i doświadczenia AA pasuje do innych nałogów.

Potrzebne czy wręcz konieczne jest „monitorowanie” zdrowia - sprawdzanie postępów i problemów ze sponsorem, przyjacielem, pracownikiem placówki odwykowej. (ad)

Jak sobie pomóc w zmianie?

Ważne jest jasne określenie powodów i celów, zbudowanie sobie wyraźnej motywacji. Ogólne „będzie lepiej” ma niewielką moc motywowania do wysiłku. Warto zadać sobie dwa pytania (i zanotować odpowiedzi na kartce, na której można później dopisywać nowe argumenty): co dobrego wyniknie dla mnie z planowanej zmiany? Jakie negatywne konsekwencje będzie miało to, że nic nie zrobię?

Niezbędne jest określenie dłu-



gofalowego planu zmian, ale też konkretnego i realnego, niewielkiego pierwszego kroku. Wielkie postanowienia kojarzą się z wielkim wysiłkiem czy obciążeniem.

Trzeba opowiedzieć komuś o swoich planach - to nie tylko pozwoli przełamać poczucie osamotnienia, ale stworzy też jakąś kontrolę społeczną. W ten sposób określamy, czy ktoś naprawdę chce rzucić palenie, czy tylko kokietuje: jeśli powiedział o tym współpracownikom i rodzinie, to ma poważne zamiary. Kiedy ludzie wokół wiedzą o naszym postanowieniu, czynnikiem motywującym do kontynuowania wysiłków może okazać się wstyd.

Trzeba zapewnić sobie konkretne wsparcie: żeby można było zadzwonić w chwili niepowodzenia czy kryzysu albo mieć chociażby nadzieję na telefon później - to pomaga przetrwać trudne chwile. Takie telefoniczne wsparcie, czyli życzliwą osobę, która będzie gotowa słuchać nowin z frontu zmiany, warto

mieć również po to, żeby można było komuś mówić o tym, co się udało. A może dałoby się stworzyć sprzyjające środowisko? Jak ta odzwyczajająca się od kompulsywnego objadania się mama, która na czas przyzwyczajania się do nowego rozkładu posiłków ma prawo - z błogosławieństwem rodziny - nie siedzieć w kuchni i która może nawet czasem usłyszeć od swoich domowników jakąś pochwałę, a nie tekst, że „matka znowu świruje”.

Ważne jest określenie terminu rozpoczęcia zmian i umieszczenie w miejscach, na które często się spogląda, „przypominaczy” - natychmiast po podjęciu decyzji (inaczej termin może minąć niezauważony).

Bardzo pomocny przy wytrwaniu w dobrym postanowieniu jest wykres lub dziennik sukcesów. Nieduża kartka na ścianie albo po prostu kalendarz, na którym jakimś ładnym znakiem będą zaznaczane dokonania, które już mamy na swoim koncie. To sprawdza, motywuje, podtrzymuje optymizm.

Najlepiej nie zaczynać palić

Rozmowa z prof. dr. hab. Witoldem Zatońskim

Od kilkunastu lat prowadzi się w Polsce różnorodne działania antynikotynowe. Jaka jest ich skuteczność?

Jednym ze sposobów oceny skuteczności jest mierzenie spożycia tytoniu.

Jak wynika z raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego „Postawy Polaków wobec palenia tytoniu” w 2019 roku do nałogowego palenia papierosów przyznawało się 21 proc. Polaków. To mniej niż podczas poprzedniej edycji badania z 2017 roku, kiedy sięganie po tytoń każdego dnia deklarowało 24 proc. respondentów. W 2011 roku papierosy nałogowo paliło 31 proc. społeczeństwa. Liczba palaczy spada z roku na rok. Pytanie jak wielu z nich upora się z nałogiem w 2021 roku.

„Struktura” nałogu

Po papierosy częściej sięgają mężczyźni niż kobiety. Do nałogowego palenia w 2019 roku przyznawało się 24 proc. mężczyzn i 18 proc. kobiet. Wśród nałogowych palaczy najwięcej było

osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (32 proc. mężczyzn i 26 proc. kobiet), a najmniej z wykształceniem wyższym (18 proc. mężczyzn i 11 proc. kobiet). W przypadku mężczyzn używka okazała się najpopularniejsza wśród 40-latków - palenie papierosów codziennie deklarowało 34 proc. z nich. Wśród kobiet największy odsetek palących regularnie występował w grupie 30-latek (26 proc.).

Z danych GIS wynika, że w 2019 roku zauważalny był spadek odsetka osób, które próbowały rzucić palenie. Różnica w porównaniu z wynikami z 2017 roku wyniosła 7 punktów procentowych (16 proc. wobec 23 proc.). Wzrósł za to odsetek dorosłych Polaków, którym udało się zaprzestać palenia w ciągu roku przed badaniem (8 proc. ogółu palaczy). Oznacza to, że na próbę rozstania się z nałogiem decydowało się mniej osób, ale jeśli ktoś ją podejmował, to częściej w sposób skuteczny.

Jak podaje GIS, w ubiegłym roku trzy czwarte polskich palaczy się-

gało po tradycyjne, produkowane fabrycznie papierosy. 21 proc. wybierało tytoń do samodzielnego skręcania papierosów. 6 proc. decydowało się na palenie „slimów”, a 5 proc. regularnie kupowało papierosy mentolowe. Korzystanie z e-papierosów zadeklarował 1 proc. respondentów.

Zakazany owoc

Czy zakaz sprzedaży papierosów mentolowych, wpłynie na statystyki dotyczące palenia za 2020 rok? - Pamiętajmy, że palenie papierosów pełni także inne funkcje poza dostarczaniem nikotyny do organizmu w przypadku uzależnienia. Dla wielu palaczy to element waliki (pozornej) ze stresem, rodzaj nagrody i przyjemności tylko dla siebie. Stąd nawet po zakazie sprzedaży papierosów mentolowych i wzroście cen na tradycyjne wyroby tytoniowe palacze nadal będą po nie sięgać, szukać zamienników na czarnym rynku, lub przechodzić na alternatywne produkty tytoniowe - mówi Agnieszka Plencler z Forum Konsumentów.

Może to oznaczać, że mimo wycofania określonej kategorii produktów tytoniowych, liczba palaczy w kraju nie poszybuję gwałtownie w dół. Na razie brakuje badań, które dostarczałyby danych na temat skali popularności podgrzewaczy tytoniu, które po 20 maja br. stanowią jedyną legalną alternatywę dla papierosów aromatyzowanych, a tym samym prosty wybór dla najbardziej zdeterminowanych. O ile e-papierosy są już w Polsce znane, to podgrzewacze tytoniu nadal stanowią stosunkowo nowy produkt nad Wisłą. Pierwszy podgrzewacz tytoniu na polskim rynku - IQOS - pojawił się w 2017 roku. Nieoszacowany pozostaje również rynek „dodatków” do tytoniu, na przykład mentolowych kart aromatyzujących tradycyjne papierosy, czy kapsulek smakowych do samodzielnego „mentolizowania”.

W kontekście rzucania palenia warto wziąć pod lupę również czynnik ekonomiczny. Ostatnie lata przyniosły wzrost cen produktów tytoniowych, co nasuwa pytanie o wpływ podwyżek na skłonność do rzucania palenia. - Dopóki nie nauczymy społeczeństwa odpowiednich wzorców dbania o zdrowie, sytuacja osób palących będzie bez większych zmian. Kilka lat temu ilość osób palących spadała, aby się wypłaszczyć i z niewielkimi zmianami utrzymuje się. Wzrost cen - poza uszczuplaniem budżetów palaczy - niewiele tu zmieni, ponieważ kluczowe nie są czynniki ekonomiczne a psychologiczne - ocenia Agnieszka Plencler.

O tym, że czynnik ekonomiczny nie jest najważniejszy, mogą świadczyć dane. Jak wynika z badania CBOS „Palenie papierosów” za 2019 rok, po papierosy sięgają najczęściej osoby o niskich dochodach per capita oraz oceniające swoje warunki materialne jako złe. Wraz ze wzrostem zamożności spada odsetek palaczy. Większy odsetek palaczy występuje wśród bezrobotnych. Według danych CBOS z 2019 roku nałóg palenia tytoniu deklarowało aż 45 proc. osób bez pracy.

Inny czynnik wiąże się z pandemią koronawirusa. I tu znowu mamy do czynienia z trzema scenariuszami. Według optymistycznego, część Polaków w trosce o swoje zdrowie i odporność, zrezygnuje z palenia papierosów, lub je ograniczy. Pesymistyczny zakłada wzrost liczby nałogowych palaczy tytoniu, co będzie wynikało z rosnącego poziomu stresu, na które to zjawisko ma wpływ sytuacja pandemiczna. Zgodnie ze scenariuszem neutralnym, koronawirus nie wpłynie znacząco na postawy palaczy.

Ryzykiem jakie wiąże się ze zbyt wysokim poziomem opodatkowania produktu, jest ucieczka części jego konsumentów do szarej strefy. Problem dotyczy również tych kategorii produktów, które były popularne, a zostały wycofane z rynku. Przed wprowadzeniem zakazu sprzedaży papierosów mentolowych, eksperci ostrzegali, że część palaczy może sięgnąć po „mentole” zza naszej wschodniej granicy. Tutaj wracamy do wątku pandemicznego i pytania o to, w jaki sposób czasowe utrudnienia na granicach wpłynęły na poziom przemytu. W ciągu ostatnich lat Polska częściowo uporała się z problemem szarej strefy. W 2015 roku obejmowała ona około jedną czwartą całego rynku. Z danych za 2019 rok wynika, że z szarej strefy pochodził już nie co czwarty, a co dziesiąty papieros wypalany w kraju. Statystyki mogą jednak drgnąć w drugą stronę, jeśli pojawi się zbyt dużo negatywnych przesłanek do zakupu papierosów z legalnych źródeł.

Ważnym wskaźnikiem, ilustrującym trendy w paleniu, jest odsetek tych, którzy nigdy nie palili codziennie przez czas dłuższy niż sześć miesięcy. O ile w końcu lat 80. w niektórych rocznikach było ich mniej niż 10%, to w tej chwili niepalących mężczyzn jest już około 30%. Wśród kobiet odsetek niepalących zawsze był znacznie wyższy (stąd różnice w skutkach zdrowotnych między kobietami a mężczyznami) i stale oscyluje wokół 60-70%.

Bardzo ważnym zjawiskiem jest zmiana stosunku do palenia, zwłaszcza większa świadomość jego szkodliwości wśród młodych kobiet. Na początku lat 90. prawie połowa kobiet w wieku 20-29 lat paliła papierosy, teraz wskaźnik ten spadł do 25%, co świadczy o tym, że nowa generacja wchodzi w dorosłe życie ze świadomością, jak niebezpieczne jest inhalowanie dymu tytoniowego. Do kobiet dotarła informacja, jak ogromne powoduje to kłopoty, zresztą nie tylko zdrowotne i nie tylko dotyczący ich własnego losu: większość kobiet, zaczynających wcześniej palić, nie potrafi rzucić palenia na okres ciąży. Dzisiaj coraz więcej młodych kobiet w ogóle nie zaczyna palić.

Jednocześnie niezwykle spotęgowały się problemy z rzucaniem palenia tytoniu przez osoby, które robią to od wielu lat. W tej chwili w Polsce mamy około czterech milionów ludzi, u których już występują objawy chorób odtytoniowych, a jeśli jeszcze nie, to wkrótce wystąpią. Jeżeli nie uda się nam ich wyleczyć, znaczna część Polaków będzie miała ogromne problemy zdrowotne. Wiemy, że około 700 tysięcy takich długoletnich palaczy ponad 10 razy próbowało rzucić palenie. Są to więc ludzie głęboko uzależnieni, którzy wymagają specjalistycznego leczenia i pomocy terapeutycznej. Powoli dochodzimy do sytuacji, kiedy zmniejszanie częstości palenia będzie coraz trudniejsze i bardziej mozolne. To jest wyzwanie na następne 10 lat, stojące przed środowiskiem terapeutów, lekarzy, pielęgniarek.

Musi to być leczenie wykorzystujące jednocześnie metody behawioralne i farmakologiczne. W tej chwili są już leki, które mniej lub bardziej skutecznie pomagają odejść od palenia papierosów, a lekarze w Polsce szybko uczą się leczyć uzależnienie od nikotyny. Wiele zależy od stworzenia warunków, w których palenie przestanie być łatwe: zakaz palenia w miejscach publicznych, narastający krytycyzm wobec osób, które palą. Coraz więcej z nich wstydy

się swojego nałogu i jest pod stałą presją, żeby jednak rzucić.

Wszyscy znamy tę prawdę ogólną, że palenie szkodzi, ale jakie są najpoważniejsze zagrożenia?

- Właściwie trudno znaleźć schorzenia, na które inhalowanie dymu tytoniowego nie ma żadnego wpływu. Osoba, która wypala 20 papierosów dziennie, wdycha w tym czasie 240 porcji dymu tytoniowego, w których jest 4000 związków chemicznych, wiele z nich trujących, w tym 40 rakotwórczych. A to oznacza, że w ciągu 10-20 lat wprowadza do swojego organizmu miliony porcji szkodliwych substancji, które działają na wszystkie układy. Są trzy główne kompleksy chorobowe związane z dymem tytoniowym.

Po pierwsze - nowotwory, których umiejscowienia mogą być różne. Wdychanie wspomnianych substancji rakotwórczych prowadzi do tego, że częstość występowania raka wśród palących jest wielokrotnie wyższa niż wśród tych, którzy nigdy nie palili. Inhalowanie dymu tytoniowego jest przyczyną 60% nowotworów u mężczyzn przed 70. rokiem życia.

Po drugie - najlicniejsza grupa schorzeń, czyli choroby układu krążenia. Wiemy na pewno, że substancje chemiczne zawarte w dymie tytoniowym przyspieszają zmiany miażdżycowe. Palenie wpływa na sam mięsień sercowy, na wszystkie bardzo skomplikowane procesy biochemiczne w nim zachodzące, ale największym problemem jest uszkodzenie naczyń, nie tylko serca, lecz także mózgowych i innych.

Po trzecie - schorzenia układu oddechowego, najłatwiejsze do zrozumienia, bo każdy zdaje sobie sprawę, że wprowadzanie dymu tytoniowego do układu oddechowego prowadzi do jego uszkodzenia. Płuca osoby palącej znacznie szybciej zużywają się biologicznie: jeżeli ktoś zaczął palić mając 20 lat, to w wieku 40 lat jego płuca są dwu-trzykrotnie starsze niż u osób, które ni-

gdy nie paliły, a sprawność oddechowa jest znacznie gorsza. Przy rosnącej długości życia będziemy mieli w Polsce coraz więcej palaczy z niewydolnym układem oddechowym, wymagającym wspomagania tlenem i różnymi środkami, które pozwolą im przeżyć, ale już jako inwalidom.

Stale pojawiają się nowe, coraz głębsze badania, ukazujące tragiczne skutki palenia. Kilka tygodni temu została opublikowana praca, która wykazuje, że kiedy zaczyna się kształtować gruczoł mlekowy, czyli w okresie rozwoju hormonalnego kobiety, jego struktura jest szczególnie podatna na trucizny zawarte w dymie tytoniowym. Okazuje się, że częstość występowania wczesnego raka sutka jest dwukrotnie większa u kobiet, które paliły, kiedy zaczynało się ich dojrzewanie hormonalne, niż u tych, które nigdy nie paliły. To jeszcze jeden powód, żeby nastolatki wystrzegały się dymu tytoniowego.

Wymuszone biernie palenie jest równie groźne. Efekt inhalowania dymu tytoniowego zależy od dawki szkodliwych substancji, które dostają się do organizmu. Niezwykle dramatyczny jest tu przykład rozwoju organizmu dziecka w łonie palącej matki, gdzie te związki są ogromnie uszkadzające i zmniejszają szansę prawidłowego rozwoju dziecka. Jeśli matka paliła w ciąży, dziecko rodzi się mniejsze, słabiej rozwinięte i gorzej przystosowane do życia.

W późniejszym wieku skutki zdrowotne biernego palenia są mniejsze, ale również istotne. Jeżeli kochający rodzice wymuszają na małym dziecku, które jeszcze nie umie chodzić, aby inhalowało dym tytoniowy i w ten sposób uszkadzają jego układ oddechowy, jest to nie tylko problem zdrowotny, ale działanie na pograniczu przestępstwa. Nie istnieje bezpieczna dawka dymu tytoniowego. Jeżeli palę i zmuszam mojego partnera do wdychania szkodliwych substancji, to narażam go na uszkodzenie układu oddechowego, układu krążenia i chorobe nowotworową.

A jak wygląda sytuacja w Polsce na tle innych krajów?

- To zależy, z kim się porównujemy. W Polsce pali się nie więcej niż na przykład w Niemczech. Nasi zachodni sąsiedzi są dla nas niedościgłym wzorem w wielu dziedzinach, ale dla nich dobrym przykładem może być nasz poziom świadomości, jak szanować własne zdrowie, jak być tolerancyjnym dla niepalących i nie wymuszać biernego palenia. Świadomość szkodliwości palenia, zwłaszcza przez kobiety w ciąży, jest w Polsce wyższa niż w Niemczech i zaczynamy powoli osiągać światowe standardy. Wymaga to jednak ogromnej pracy organicznej, która musi być prowadzona w społecznościach lokalnych, codziennym wysiłkiem, z udziałem lekarzy i wszystkich tych, którzy są adwokatami zdrowego stylu życia.

W spotach telewizyjnych o corocznej akcji "Rzuć palenie razem z nami" pojawia się napis: "Profesor Zatoński radzi".

- Ważne jest przede wszystkim szerzenie kultury niepalenia. Sam nigdy nie walczyłem z palaczami. Dzisiejsi wieloletni palacze to osoby, które zostały uwikłane w nikotynę w latach 70., kiedy nie mówiło się o szkodliwości palenia. Nie chcę się nad nimi litować i mówić, że są biedni - to wspaniali ludzie, tylko jest im bardzo trudno odejść od wdychania dymu tytoniowego. Dlatego potrzebna jest atmosfera zrozumienia. Przecież w sytuacji, kiedy pali około 30% społeczności, jest to problem niemal każdej rodziny: pali dziadek, którego wszyscy chcą odzwyczaić od palenia, ale po papierosy sięga też 12-letni wnuk. Trzeba tworzyć taki klimat, żebyśmy nie zaczęli palić, a jeśli już palimy, żebyśmy robili wszystko, aby od tego odejść i zmniejszyć skutki zdrowotne inhalowania dymu tytoniowego. Jest też płaszczyzna indywidualna. Rzucanie palenia to przedsięwzięcie osobiste, proces wymagający ogromnej cierpliwości. Każ-

dy powinien być przygotowany, że nie zawsze udaje się za pierwszym razem - większość palaczy robi to pięć, sześć, siedem razy. Ale to jedyna droga: właśnie cierpliwe uczenie się, ponawianie prób. Wielu palaczy, którym się udało, mówi, że jest to nie tylko kwestia zwyczajstwa nad uzależnieniem, ale że przy okazji wiele się nauczyli o sobie, stali się innymi ludźmi.

Z rzucaniem palenia wiąże się też wiele niebezpieczeństw, takich jak choćby przybieranie na wadze. I dlatego oprócz motywacji i entuzjazmu potrzebna jest wiedza, jak to robić. Jestem pod wrażeniem rozmowy z pewną panią, która paliła wiele lat, rzuciła palenie, ale dobrze się do tego przygotowała i nie tylko nie przytyła, lecz straciła na wadze pięć kilogramów. Bo do rzucenia palenia trzeba się przygotować, wiedzieć, że metabolizm się zmieni i może być ciężko. I zawsze powtarzam, że najlepszym sposobem na to, żeby nie mieć kłopotów z paleniem, jest po prostu nigdy nie zaczynać palić.

Rzucanie palenia to nie tylko walka z biochemicznym uzależnieniem od nikotyny, ale również z nawykowymi zachowaniami. To drugie jest chyba nie mniej trudne.



- Prawie każdy palacz twierdzi, że nie jest narkomanem, a jego palenie to tylko przyjemny nawyk. Niestety, natura uzależnienia nikotynowego jest identyczna z uzależnieniem od heroiny i niczym się nie różni od innych głębokich chemicznych uzależnień. W Polsce około 7% palących mężczyzn nie potrafi prześpać całej nocy bez podania sobie dawki nikotyny - budzą się, wypalają papierosa i dopiero wtedy mogą spać dalej.

Każdy palacz, nawet jeśli prześpi całą noc, po ośmiu godzinach ma obniżony poziom nikotyny w organizmie i wtedy może przeprowadzić na sobie eksperyment, żeby zobaczyć, czy rzeczywiście jest biologicznie uzależniony od niej. Trzeba mianowicie sprawdzić, kiedy zapala się pierwszego papierosa: jeżeli ktoś robi to w ciągu pierwszych kilkunastu minut po przebudzeniu, to znaczy, że nie chodzi mu o żadne miłe przeżycie. Przecież nie siedzi w wygodnym fotelu, w ciekawym towarzystwie, prowadząc interesującą konwersację przy kawie, lecz zwykle robi to w toalecie, podczas pierwszych porannych czynności, na czczo. Po prostu pali, bo musi. Może się też przekonać, co się dzieje, jeśli odmówi sobie tego narkotyku. Czy ma wtedy ogrom-

ną ochotę na papierosa, czy obsesyjne myślenie o zapaleniu przeszkadza mu normalnie funkcjonować, czy zdoła się ogolić? Takie doświadczenie zwraca uwagę, jak mocny jest ten element biologiczny, który u większości palaczy zaczyna wybijać się na pierwszy plan.

Na szczęście istnieje wiele dzielnych leków, przydatnych w okresie przejściowym, które mogą osłabić nieprzyjemne objawy. W żadnym razie nie lekceważę sfery zachowań i przyzwyczajęń związanych z paleniem tytoniu, ale można je zastąpić innymi zachowaniami - człowiek jest istotą kreatywną i potrafi sobie znaleźć tysiące innych zajęć, które zastąpią palenie tytoniu. Jest też mnóstwo korzyści wynikających z niepalenia (nie mówiąc już o pieniądzach, które zostają w kieszeni): nie śmierdzimy dymem papierosowym, nie obsypujemy wszystkiego popiołem, powraca apetyt i smak, znajdujemy się nagle w świecie wspaniałych zapachów. Odejdźcie od palenia jest znacznie trudniejsze, jeżeli pracujemy w otoczeniu palaczy lub ktoś w naszej rodzinie pali, ale przypominam, że to środowisko stale się zmniejsza: z 15 milionów w połowie lat 70. do 9 milionów.

Koronawirus wciąż groźny

Każdy przypadek COVID-19 ma indywidualny przebieg. U większości zarażonych osób rozwijają się objawy o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu. Takie osoby wyzdrowieją bez konieczności hospitalizacji.

Najczęściej występujące objawy infekcji COVID-19:

- gorączka
- kaszel
- zmęczenie
- utrata smaku lub węchu

Rzadziej występujące objawy:

- ból gardła
- ból głowy
- ból mięśni
- biegunka
- wysypka skórna lub przebarwienia palców u rąk i stóp
- zaczerwienione lub podrażnione oczy

Koronawirus przenosi się głównie drogą kropelkową. Najczęściej przez kaszel, kichanie czy wraz ze śliną. Wiadomo też, że patogen może być przenoszony pośrednio przez dotyk (dlatego tak ważne jest mycie rąk), a także drogą powietrzną - drobnoustroje mogą wydobywać się z organizmu zakażonej osoby podczas śpiewu, wysiłku fizycznego, nawet podczas wydechu. Okres wylęgania koronawirusa, czyli czas, jaki upływa między jego wnikiem do organizmu, a pierwszymi objawami wynosi 2 do 14 dni (najczęściej jest to okres pięciu - siedmiu dni).

Jeżeli objawy infekcji SARS-CoV-2 nie pojawią się po 14 dniach to czy możemy być spokojni? W takim przypadku moż-

niczenie kontaktów społecznych). Istnieje możliwość, że ktoś z naszej najbliższej rodziny zachoruje na COVID-19.

Kiedy jego stan jest na tyle dobry, że nie wymaga hospitalizacji, musi izolować się w domu. Minimalizuje wtedy ryzyko zakażenia osób ze swojego otoczenia. Ale co z domownikami? Członkowie rodziny, którzy mieszkają pod jednym dachem z chorym, mogą skutecznie chronić się przed infekcją. Z badań wynika, że członkowie wspólnego gospodarstwa domo-

liwe są dwie sytuacje: albo nie zachorowaliśmy, albo jesteśmy zakażeni bezobjawowo i infekujemy innych. Ponownie więc wraca temat konieczności przestrzegania obowiązujących zasad bezpieczeństwa (maska, dezynfekcja, dystans, ogra-

wego są narażeni na 50-procentowe ryzyko zakażenia. Istnieją jednak zasady, którymi powinniśmy się kierować, by zminimalizować ryzyko infekcji:

1. Domownicy, jeśli już nie mogą uniknąć kontaktu, powinni starać się zachowywać dystans ok. 1,5 - 2 metrów od chorego.

2. Choremu należy zapewnić własne naczynia. Po zakończeniu zmywania, pościel, ręczniki i ubrania pierzemy jak najczęściej, w temperaturze 60 st. C. W czasie choroby i kwarantanny nie używajmy rzeczy, które wymagają prania ręcznego.

3. Aby umożliwić wymianę po-

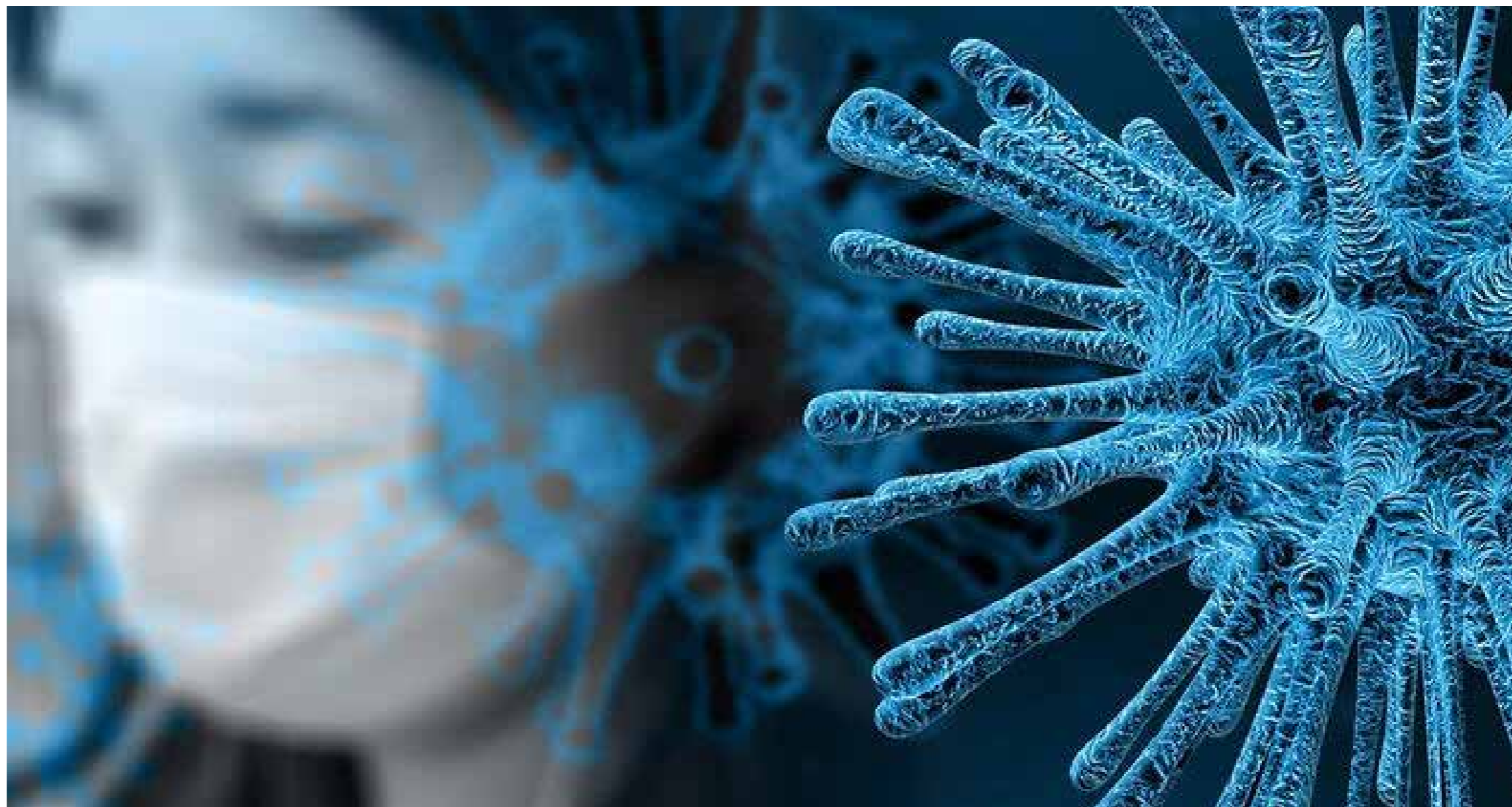
wietrza, należy jak najczęściej otwierać okna. Nie należy korzystać z wentylatorów, klimatyzacji, ani oczyszczaczy powietrza.

4. Często myj ręce mydłem i wodą przez co najmniej 30 sekund, zwłaszcza gdy jesteś blisko chorego. Jeśli mydło i woda nie są dostępne, użyj środka odkażającego do rąk, który zawiera co najmniej 60 proc. alkoholu. Jednocześnie unikaj dotykania oczu, nosa i ust nieumytymi rękami.

Osoby z określonymi schorzeniami są bardziej narażone na ryzyko hospitalizacji z powodu COVID-19. Są to np.: choroby serca, otyłość (BMI

powyżej 30) i ciężka otyłość (BMI powyżej 40) oraz cukrzyca insulinozależna. Powinny one zwrócić szczególną uwagę na codzienny jadłospis. Każdy z nich powinien też monitorować swój stan zdrowia. Mierzyć temperaturę, zwracać uwagę na samopoczucie, obserwować oddech, a w razie wystąpienia niepokojących objawów skontaktować się z lekarzem. Pomocny może być też pulsoksymetr służący do pomiaru saturacji, czyli właściwego utlenowania krwi. Dusznosc jest jednym z najcięższych objawów COVID-19 i pierwszym powodem do hospitalizacji. Jeśli saturacja spada poniżej 94 proc. trzeba jak najszybciej skontaktować się z lekarzem.

Helena Kładko



Listopad miesiącem walki z cukrzycą

Z tej okazji podpowiemy Wam, jakie są 4 najważniejsze kroki, które zmniejszają ryzyko wystąpienia cukrzycy u naszych pupili. Prawdopodobnie nie zastanawiasz się nad ryzykiem wystąpienia cukrzycy u swojego nowo zaadoptowanego pupila. Zaburzenie to jest jednak dużo bardziej powszechne niż mogłoby się wydawać. Cukrzyca występuje z częstotliwością 1 na 300 psów i kotów. W listopadzie, kiedy trwa Międzynarodowy Miesiąc Walki z Cukrzycą, lekarze weterynarii podkreślają znaczenie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia cukrzycy naszych zwierząt domowych.

Cukrzyca jest niebezpiecznym stanem, nie tylko dlatego, że może powodować poważne szkody dla organizmu, ale także dlatego, że często trudno ją zauważyć na wcześniejszych etapach, kiedy jest dość łatwa do opanowania. Jeśli masz zwierzątko, ważne jest, aby zwracać uwagę na ryzyko.

Najważniejsze zadanie: zapobieganie

Najbardziej skutecznym i niezawodnym sposobem uniknięcia cukrzycy u Twojego zwierzątka jest zrobienie wszystkiego, aby temu zapobiec. W ten sposób możesz oszczędzić swojemu pupilowi dużo cierpienia i bólu, a sobie - czasu, pieniędzy, zmartwień i dodatkowego stresu.

4 najważniejsze, zapobiegawcze kroki:

1. Najważniejszym z nich jest regularne odwiedzanie lekarza weterynarii. Bez względu na to, czy dopiero od niedawna masz nowego zwierzątka, czy jest już z Tobą od lat, jeśli nie rozmawiałeś z lekarzem weterynarii o niezbędnych kontrolach w celu zapobiegania cukrzycy, zrób to jak najszybciej.
2. Sterylizacja suczek. Suczki są dużo bardziej narażone na wystąpienie cukrzycy, ze względu na aktywność hormonów. Sterylizacja

suk jest bardzo pomocna w zapobieganiu chorobie, prawdopodobnie tak samo dzieje się w przypadku kotek (3). (Jednak badania pokazują, że otyłe samce kotów są również bardzo podatne na tę chorobę) (4).

3. Utrzymywanie odpowiedniej diety. Nie traktuj tak samo swojego Husky, Border Collie, czy kota abisyńskiego. Różne rasy i różne osobniki mają różne potrzeby żywieniowe. Porozmawiaj z lekarzem weterynarii na ten temat i trzymaj się zaleconych przez niego dawek żywieniowych.

4. Dbaj o kondycję fizyczną. Nic dziwnego, że ćwiczenia mają również kluczowe znaczenie w zapobieganiu cukrzycy. Jogging, zabawa na świeżym powietrzu lub - jeśli pupil jest już starszy - miły spacer jest bardzo ważny każdego dnia.

Zła wiadomość jest taka, że niektóre rasy, szczególnie wśród psów, są bardziej narażone na rozwój cukrzycy, bez względu na to, co robisz. Jest po prostu zakodowane w ich genach. Miniaturowe pudle, jamniki, sznauclery, cairn terriery, beagle i koty syjamskie są niestety genetycznie predysponowane do cukrzycy. Ogólnie choroba występuje najczęściej u psów w wieku 7-9 lat oraz u kotów w wieku 8-13 lat (5).

Jak rozpoznać cukrzycę: pierwsze objawy

Ponieważ Twój pupil nie powie Ci, że jest chory, Twoim obowiązkiem jest wnikliwa obserwacja. Musisz zwracać uwagę na każdą zmianę w zachowaniu swojego czworonożnego przyjaciela. Zwróć szczególną uwagę na takie objawy jak:

- jednym z pierwszych objawów cukrzycy jest zwiększone pragnienie. Jeśli Twój pupil będzie miał większe pragnienie, zauważysz, że musisz częściej nalewać mu wodę do miseczki. Możesz także natknąć się na swojego psa lub kota, pijących z nienaturalnych dla niego miejsc, takich jak zlew czy nawet toaleta.
- zwiększona ilość oddawane-

go moczu również może być objawem cukrzycy. Musisz zwrócić uwagę czy Twój pies domaga się częstszych spacerów, czasami może zacząć załatwiać się w domu. W przypadku kotów, właściciel może zauważyć częstszą potrzebę wymieniaania żwirku, czasem zdarza się także, że pupil załatwia się poza kuwetą.

- jeśli Twój pupil ciągle prosi o smakołyki i wydaje się być wечно głodny, jednak mimo dużego apetytu chudnie, powinieneś zabrać go do lekarza weterynarii. Powinien mieć wykonane badanie moczu i krwi w celu wykluczenia cukrzycy.

- jeśli jesteś właścicielem psa, możesz zauważyć zmętnienie w jego oczach. To także może być objaw cukrzycy. Jeśli zauważysz mętne oczy u swojego psa, udaj się z nim do lekarza weterynarii, ponieważ u psów z cukrzycą istnieje większe ryzyko utraty wzroku

- czy jesteś właścicielem kota? Czy zauważyłeś, że koty bardzo dużo czasu poświęcają na higienę? Jeśli Twój kot przestanie się myć, może to oznaczać chorobę np. cukrzycę.

Nigdy nie ignoruj tego objawu! Jeśli Twój kot przestaje dbać o swoją higienę, jego futro może stać się suche, matowe i szorstkie.

- I wreszcie: zwierzęta z cukrzycą bawią się rzadko, potrzebują więcej snu i są apatyczne. Jeśli zauważysz, że twoje zwierzę łatwo się męczy, natychmiast skontaktuj się ze swoim lekarzem weterynarii, aby upewnić się, że nie ma ono żadnej choroby.

Co to jest cukrzyca i czy jest uleczalna?

Cukrzyca występuje wtedy, gdy organizm nie jest w stanie właściwie wykorzystać glukozy, która jest głównym źródłem energii dla komórek. Istnieją dwa rodzaje cukrzycy: cukrzyca typu I i cukrzyca typu II (6). Cukrzyca typu I występuje wtedy, gdy trzustka nie wytwarza wystarczającej ilości insuliny. W cukrzycy typu II organizm wytwarza insulinę, ale komórki nie mogą jej odpowiednio wykorzystać (7). U psów cukrzyca typu I jest częstsza, podczas gdy u kotów najczęstszy jest typ II (5).

Cukrzyca może być problemem niedającym się całkowicie wyeliminować (9), ale dzięki wiedzy o tym, jak opiekować się pupilkiem

z tą przypadłością, możemy pomóc w prowadzeniu długiego i szczęśliwego życia. W tym celu konieczne jest rozpoznanie choroby na czas - wspominaliśmy już o znaczeniu regularnych badań krwi. Jeśli jednak zauważysz jakiegokolwiek objawy możliwej cukrzycy, natychmiast skonsultuj się z lekarzem weterynarii.

W przypadku zdiagnozowania cukrzycy lekarz weterynarii przepisze w większości przypadków terapię insuliną (8), której celem jest uzupełnienie niedoboru tego hormonu w organizmie zwierzęcia. Twój lekarz weterynarii udzieli ci ścisłych instrukcji, jak możesz pomóc w opiece nad cukrzykiem. Zaleci również specjalną dietę lub sposób żywienia, które są kluczową częścią leczenia cukrzycy. Psy i koty potrzebują odpowiedniego odżywiania, które odzwierciedla ich kondycję fizyczną, stadium cukrzycy i styl życia - wszystko to zostanie uwzględnione przez lekarza weterynarii podczas udzielania wskazówek żywieniowych. Odpowiednia ilość i intensywność ćwiczeń powinna być również omawiana z lekarzem weterynarii, biorąc pod uwagę wiek zwierzęcia, poziom zdrowia i inne cechy (1).

Jeśli poważnie podchodzisz do porad swojego lekarza weterynarii, masz wszelkie szanse, aby zapewnić swojemu choremu na cukrzycę pupilowi długie i szczęśliwe życie.

wg

1. <https://www.msdtvetmanual.com/endocrine-system/the-pancreas/diabetes-mellitus-in-dogs-and-cats?query=diabetes#v3271696>
2. <https://nationaltoday.com/national-diabetes-month/>
3. <https://www.adwdiabetes.com/articles/unspayed-female-pets-with-diabetes>
4. <https://www.msdtvetmanual.com/endocrine-system/the-pancreas/diabetes-mellitus-in-dogs-and-cats?query=diabetes#v3271683>
5. https://www.petmd.com/dog/conditions/endocrine/c_dg_diabetes_mellitus
6. <https://www.avma.org/public/PetCare/Pages/Diabetes-in-Pets.aspx>
7. <http://www.pethealthnetwork.com/dog-health/dog-diseases-conditions-a-z/november-national-pet-diabetes-month>
8. <http://www.mypet.com/pet-diabetes/dogs-cats.aspx>



Anna Drajewicz

Suplement do



Do rozważenia. Syn zaprosił ojca do restauracji na pyszną kolację. Ojciec był już starszym, schorowanym i – z tego powodu – słabym człowiekiem. Podczas posiłku jedzenie – od czasu do czasu – spadało starszemu panu na koszulę i spodnie. Z jego gardła wydobywały się nieartykułowane dźwięki, postękiwania. Pozostali goście obserwowali to z obrzydzeniem i politowaniem na swoich twarzach, ale syn zachowywał kamienny spokój. Gdy obaj skończyli kolację, syn po cichu pomógł ojcu wstać i skierowali się do toalety. Tam oczyścił resztki jedzenia ze zmarszczonej twarzy i próbował zmyć plamy z ubrania; spokojnie uczesał siwe włosy ojcu i w końcu założył okulary. Gdy wyszli z łazienki, w restauracji zapanowała głęboka cisza. Młodzieniec był gotów zapłacić rachunek, ale przed wyjściem podniósł się od sąsiadującego stolika, również wiekowy pan. Wstał i zapytał syna starca: - Nie sądzisz, że coś tu zostawiłeś?

Młody człowiek rozejrzał się wokół i odpowiedział przecząco. Wówczas nieznamy powiedział do niego: **Zostawiłeś tu lekcję dla każdego syna i nadzieję dla każdego ojca!** W całej restauracji zapanowała taka cisza, że można było usłyszeć upuszczoną szpilkę... Jednym z największych zaszczytów, ale i naszych powinności, jest możliwość opieki nad tymi, którzy kiedyś również o nas dbali. Nasi rodzice i wszyscy starsi, którzy poświęcili dla nas swoje życie, cały swój czas, pieniądze i wysiłek, zasługują na nasz najwyższy szacunek.

Jeszcze o kawie. Brazylia jest krajem jej smakoszy. Musi być sporządzana z prawdziwych ziaren; picie kawy rozpuszczalnej jest uważane za przestępstwo – oczywiście w przenośni. Kto kiedykolwiek pił obie, wie, że to są zupełnie dwa różne napoje. Kawa naturalna jest zdecydowanie zdrowsza i zawiera dużo więcej kofeiny. **Dlaczego kawa rozpuszczalna jest szkodliwa? Ponieważ zawiera znaczne ilości akrylamidu; - substancji uwalniającej się z żywności podczas obróbki cieplnej, w wysokiej temperaturze powyżej 120 stopni.**

Kawę rozpuszczalną robi się z zaparzonej w ogromnych – przemysłowych kadziach - kawy i potem ten koncentrat suszy się (żeby odparować wodę) powietrzem nagrzanym nawet do 250 stopni! Akrylamid jest substancją silnie rakotwórczą, zakłóca działanie mózgu i może prowadzić do różnych chorób neurodegeneracyjnych. Więc jeśli w ogóle pić kawę, to tylko prawdziwą. Najlepiej z ziaren zmielonych tuż przed przygotowaniem.

Ciekawostka – kawa w Brazylii czy Kolumbii jest praktycznie syro-

pem kawowym, do którego dodaje się tyle cukru, jak nigdzie indziej na świecie. Pamiętajcie, kawa silnie pobudza, ale na krótko. Potem, kiedy ten efekt pobudzenia mija, człowiek traci energię. Czy zastanawiałeś się, jak długo kofeina pozostaje w organizmie? I kiedy pić kawę, żeby osiągnąć najlepszy efekt? Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami, połowa życia „mocy kawy” to 6 godzin. To znaczy, że po wypiciu jakiejś jej porcji połowa mocy pozostaje w organizmie przez następne 6 godzin. To dlatego tak trudno zasnąć, jak ktoś wypije małą czarzną po 17.00. A „ćwierć życia” mocy kawy utrzymuje się przez kolejne 12 godzin! I też ma wpływ na możliwość zaśnięcia wieczorem.

I jeszcze jedna ważna rzecz; kawa wywołuje wydzielanie hormonu stresu, kortyzolu, a ten powoduje mobilizację organizmu; na tym też polega mobilizujące działanie kawy. Nasze ciało w naturalny sposób wydziela kortyzol, od momentu obudzenia się. Najwyższe stężenie kortyzolu we krwi jest mniej więcej 10 rano, więc naj-



lepiej wypić kawę właśnie około tej godziny, aby niejako przedłużyć jego działanie. Ja podbijam od poranka, pijąc espresso o 6 rano – umysł pracuje wtedy na najwyższych obrotach. Jest to dla mnie zdecydowanie najlepszy czas na planowanie, myślenie koncepcyjne i naukę np. języków obcych. Najrozsądniej, żeby nie mieć problemu ze snem – jest wypić filiżankę kawy najpóźniej około 13.00.

Banan to najbardziej kaloryczny owoc świata. Ale czy wiesz, że jego kaloryczność i wiele parametrów odżywczych zmienia się, wraz ze stopniem dojrzałości? Dojrzały banan to 90 kcal na 100 gram. **Badania dowiodły, że im bardziej dojrzałe banany, tym efektywniejsze w walce z rakiem. Banany kompletnie żółte i z czarnymi kropkami, wydzielają substan-**



cję zwaną TNF (z ang. **tumor necrosis factor – czynnik martwicy nowotworu**), która jest w stanie zwalczyć złośliwe komórki. Ci sami naukowcy ustalili, że dojrzałe banany, w porównaniu z tymi zielonymi, są 8 razy skuteczniejsze przy wzmacnianiu układu odpornościowego, bo cho-

ciaż mają mniej witamin, to więcej antyoksydantów. **Natomiast dla osób cierpiących na cukrzycę, tych z ryzykiem zachorowania na tę chorobę, albo dla tych, którzy chcą uniknąć zbyt wysokiego poziomu cukru we krwi, poleca się banany, które są jeszcze zielonkawe.**

SM Express ukazuje się dzięki wsparciu



MERCK



Wydawnictwo wspiera firma

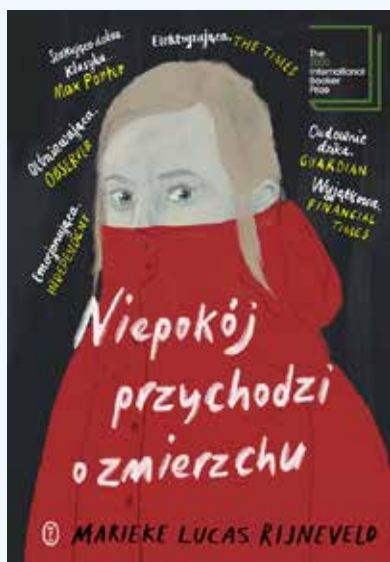
Biogen

SANOFI GENZYME



NOVARTIS

SM Express Redaguje zespół: Tomasz Połec – redaktor naczelny, Współpracują: Anna Drajewicz, Edward Móraski, 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



Dziewczynka w czerwonej kurtce

Autorka za tę książkę otrzymała w zeszłym roku Międzynarodową nagrodę Bookera. Jest najmłodszą laureatką tej nagrody – ma bowiem dopiero 30 lat.

Opowieść po części ma elementy autobiograficzne. Sama, jak jej bohaterka, również wychowywała się na holenderskiej wsi w mocno konserwatywnej rodzinie. I też wydarzyła się tam rodzinna tragedia.

Bohaterka książki, Jas, gdy ją poznajemy ma dziesięć lat. Ma dwóch braci: Matthiesa i Obbe oraz siostrę Hannę. Dzieci wychowywane są w dość rygorystyczny sposób. Rodzice są ewangelikami, mocno konserwatywnym odłamem. Uznają, że w życiu nie można być szczęśliwym, ponieważ życie to cią-

głe cierpienie. Rodzina żyje w rytmie zmian pór roku.

Ale Jas i jej rodzeństwo starają się mimo tego czerpać z życia trochę przyjemności. Dziewczynka ma swojego pupila – małego królika. Najbardziej zżyta jest z bratem Matthiesem. By wyrazić swój dziecinny bunt przeciw rodzicom chodzi przez cały czas w czerwonej kurtce. Wszystko zmieni niewyobrażalna tragedia, która dotyka rodzinę. Nie potrafi się z tego otrząsnąć. Każdy przeżywa dramat na swój sposób. Jas coraz bardziej i chętniej zanurza się w świat własnych fantazji.

Mocna powieść o stracie i próbie pogodzenia się z nią.

„Niepokój przychodzi o zmierzchu”, Marieke Lucas Rijneveld, Wydawnictwo Literackie

Miłość sprzed lat

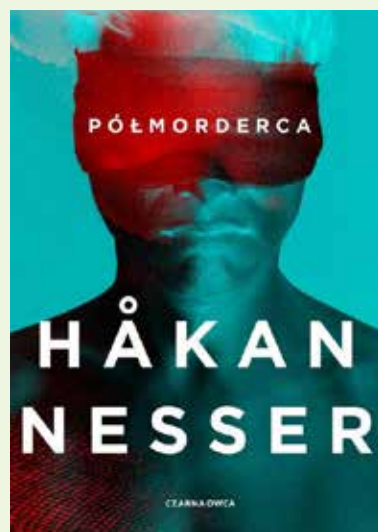
Adalbert Hanzon w dzieciństwie szybko został sierotą. Najpierw zmarła mu matka, potem samobójstwo popełnił ojciec. Wychowywała go ciotka.

Jako pierwszy w rodzinie zdobył wykształcenie. W młodości poznał kobietę, która zafascynowała jego sercem. Jednak z różnych powodów ich związek nie mógł wytrzymać próby czasu. Ma na koncie również wyrok 14 lat więzienia, za czyn którego nie popełnił. Teraz ma siedemdziesiąt trzy lata. Uważa, że wszystko co dobre jest już poza nim. Mieszka sam. Jego posiłki codziennie wyglądają tak samo. Jak mówi nie lubi udziwnień. Po śniadaniu idzie na spacer i wpada na kawę i ciastko do cukierni. Czasem spotyka się ze swoim nielubianym są-

siadem Henrym Ullbergiem na whisky i, jak mawiają, gadanie głupot. Dodajmy, że Henry porusza się z balkonikiem.

Hanzon uważa, że nic go w życiu już nie spotka i teraz może tylko spokojnie czekać na śmierć. Pewnego dnia idzie do apteki, by kupić kilka lekarstw. Normalne w tym wieku. W kolejce spostrzega kobietę, z którą czterdzieści pięć lat wcześniej był mocno związany. Nadzwyczaj zdziwiony... natychmiast wychodzi bez słowa. Dopiero w domu dochodzi do siebie. To była ONA. Ta jedyna, ukochana, z którą spotykał się czterdzieści pięć lat wcześniej. Mieszkają w tym samym mieście.

Do poszukiwań angażuje Henry'ego i swoją daleką kuzynkę. Na darmo. Wynajmuje więc



profesjonalnego detektywa. „Półmorderca”, Hakan Nesser, Czarna Owca

Karsten Dusse



Życie stało na głowie

Bjorn Diemel jest adwokatem. Pracuje w drogiej, znanej kancelarii prawniczej. Nie może narzekać na swoje wynagrodzenie. Jest tylko jedno, ale... W miejscu pracy uchodzi za mecenasa śmieciowego. Dlaczego? Jego jedynym klientem jest bezwzględny gangster Dragan. Dla kancelarii jest świetnym klientem, płaci bająnskie sumy za obsługę swoich szemranych interesów.

Jednak Bjorn chciałby mieć więcej czasu dla swojej małej córeczki, którą widuje tylko w weekendy i to nie zawsze. Jeśli Dragan wpadnie w kłopoty, musi szybko coś wymyślić i ze spotkania z córką nici. Żona Diemela również ma dosyć takiego życia. Musiała zrezygnować z pracy, by opieko-

wać się córką, nie widuje za często męża.

Pewnego dnia stawia ultimatum – albo terapia, albo koniec małżeństwa. Chce też, by mąż nabrał większego dystansu do swojej pracy, przestał się stresować, zaczął zachowywać się odpowiedzialnie i wyprostował swój kręgosłup moralny. Mecenas po długim namyśle decyduje się na wizytę u coacha. Na dzień dobry spóźnił się pół godziny na spotkanie, więc ten przetrzymał go dłuższą chwilę pod drzwiami. Gdy już rozpoczęli spotkanie, coach zalecił Bjornowi trening uważności. Jest ona według niego najważniejsza.

Diemel szybko wcielił sugestię w życie i od tego wszystko się zmieniło. Diametralnie...

„Zabijaj uważnie”, Karsten Dusse, Otwarte