

MONIKA ROZMYSŁOWICZ

# ROZGRZEJMY ZMYSŁY

czyli o seksualności  
w stwardnieniu rozsianym  
i w innych schorzeniach  
neurologicznych



# ROZGRZEJMY ZMYŚŁY

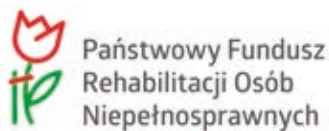
---

czyli o seksualności  
w stwardnieniu rozsianym  
i w innych schorzeniach  
neurologicznych



*Z podziękowaniem dla wspaniałych Osób,  
które rozgrzewają zmysły i podsycają  
erotyczną aurę wokół siebie,  
będąc źródłem i oceanem rozkoszy.*

Publikacja powstała w 2019 r. dzięki dofinansowaniu ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



Opracowanie merytoryczne:  
Monika Rozmysłowicz

Skład i opracowanie graficzne:  
Andrzej Kucharczyk  
Agencja Wydawnicza PAJ-Press

Produkcja:  
Agencja Wydawnicza PAJ-Press  
ISBN: 978-83-64423-47-5



Wydawca:  
Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego  
Oddział Warszawski  
[www.ptsr.waw.pl](http://www.ptsr.waw.pl)  
e-mail: [biuro@ptsr.waw.pl](mailto:biuro@ptsr.waw.pl)

# SPIS TREŚCI

<b>1. OD AUTORKI</b> .....	7
<b>2. WSTĘP</b> .....	9
2.1. Czym jest zdrowie seksualne? .....	10
2.2. Sposób postrzegania siebie .....	13
<b>3. POTRZEBA BLISKOŚCI I TWORZENIA WIĘZI</b> .....	14
3.1. Każdy chce się kochać .....	14
3.2. Oczarowani sobą .....	16
3.3. Różne style przywiązania .....	21
3.4. Myśli automatyczne w zaburzeniach seksualnych .....	23
3.5. Związki bardziej i mniej seksualne .....	24
3.6. Moje ciało to też ja .....	26
<b>4. NEUROBIOLOGIA FUNKCJI SEKSUALNYCH</b> .....	31
4.1. Dopaminergiczne podniecenie i serotonergiczne przywiązanie .....	33
4.2. Rola układu nerwowego w funkcjonowaniu seksualnym .....	34
4.3. Rodzaje pobudzenia seksualnego .....	35
4.4. Hamowanie seksualne .....	35
4.5. Reakcje kobiecego mózgu na stymulację seksualną .....	36
4.6. Reakcje męskiego mózgu na stymulację seksualną .....	37
4.7. Mechanizmy erekcji i ejakulacji .....	37
4.8. Kobięca ejakulacja – enigmatyczna fontanna rozkoszy .....	40
<b>5. NEUROREHABILITACJA I SEKS.</b> <b>– ZGRANA PARA</b> .....	42
5.1. Neurologiczne przyczyny zaniedbywania .....	42
5.2. Kontrola posturalna .....	43
5.3. Co nam daje całowanie? .....	44

<b>6. MOJE CIAŁO SIĘ ZMIENIŁO</b> .....	46
6.1. Najczęściej zgłaszane trudności we współżyciu osób ze stwardnieniem rozsianym .....	47
6.2. Co jeszcze wpływa na seksualność w schorzeniach neurologicznych.....	48
<b>7. JAK SOBIE RADZIĆ.Z PROBLEMAMI W SFERZE EROTYCZNEJ</b> .....	50
7.1. Higiena osobista .....	57
<b>8. CO NAS PODNIECA?</b> .....	60
<b>9. TERAPIA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH</b> .....	63
9.1. Psychoterapia .....	66
9.1.1. Terapia poznawczo-behawioralna .....	68
9.1.2. Psychoedukacja .....	69
9.1.3. Restrukturyzacja poznawcza .....	69
9.1.4. Trening motywacyjny.....	70
9.1.5. Wizualizacja .....	71
9.1.6. Radość i zabawa .....	72
9.1.7. Komunikacja seksualna.....	73
9.2. Farmakoterapia zaburzeń erekcji .....	73
9.3. Urządzenia wspomagające .....	75
9.4. Metody fizykoterapeutyczne .....	75
9.5. Terapia behawioralna .....	75
9.6. Metody kinezyterapeutyczne i treningi seksualne .....	77
<b>10. ZANIM ODDAMY SIĘ EKSTAZIE, CZYLI O BEZPIECZEŃSTWIE</b> .....	79
<b>11. PODSUMOWANIE</b> .....	83
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	85
<b>KIM JEST TRENER</b>	
<b>FIZJO-PSYCHO-SEKSUALNA?</b> .....	89
<b>O WYDAWCY</b> .....	91

# 1. OD AUTORKI

Misją mojej pracy, którą realizuję również w życiu prywatnym, jest dawanie innym silnego poczucia własnej wartości jako indywidualnym i niepowtarzalnym jednostkom. Zrozumienie, akceptacja i fascynacja drugim człowiekiem, którymi emanuję, pcha mnie do wnętrza ludzkiej osobowości, aby stamtąd wydobyć na światło dzienne to, co w każdym najpiękniejsze: talenty, zasoby, możliwości. Sfera intymna, do której wpuszczają mnie moi rozmówcy, pacjenci, przyjaciele, podopieczni, uczestnicy zajęć, jest światem często głęboko skrywanym, a czasem zapomnianym i zaniedbanym. W delikatny sposób i z wyczuciem pomagam zakwitnąć kobiecości i błyszczeć męskości każdej z tych osób, aby mogły w pełni cieszyć się swoją seksualnością.

Seksualność osób ze stwardnieniem rozsianym, uszkodzeniem rdzenia kręgowego i innymi schorzeniami neurologicznymi to dla mnie temat rzeka. Przeprowadziłam badania kliniczne „Seks w schorzeniach neurologicznych” na grupie 125 pacjentów, z czego 47 osób ze stwardnieniem rozsianym. W poniższej publikacji umieszczam tylko mały fragment zagadnień poruszanych w autorskiej, anonimowej ankiecie. Jest to natomiast praktyczna wiedza na temat trudności pojawiających się w życiu seksualnym i sposobów radzenia sobie z nimi, którą podzielili się ze mną respondenci, uzupełniona przeze mnie o ważne informacje i doświadczenie zawodowe. Rozdział, w którym wymieniłam to, co nas podnieca, pochodzi tylko i wyłącznie od odważnych respondentów ze stwardnieniem rozsianym, którym należą się podziękowania i brawa za otwartość.



Uważam, że poznanie tego, jak funkcjonuje nasze ciało na poziomie poszczególnych struktur ośrodkowego układu nerwowego jest konieczne, aby zrozumieć, jakie funkcje związane z życiem erotycznym mogą zostać ograniczone, kiedy ogniska demielinizacji albo zanik neuronów pojawiają się w mózgu oraz rdzeniu kręgowym. Stąd też nie obejdziemy się bez poruszenia szeregu treści z zakresu neurologii.

Wchodzę delikatnie w sferę duchową i bez pruderii odsłaniam tajniki ciała, poruszam miękko ważny temat relacji, a zaraz potem obnażam zwyczajne seksualne Polaków. Jest różnorodnie, emocjonalnie i konkretnie.

Ostatnią część poświęciłam różnym formom terapii funkcji seksualnych. Każdy znajdzie tam coś dla siebie. Myślę, że są to rozdziały szczególnie ciekawe dla terapeutów i innych osób zajmujących się osobami ze stwardnieniem rozsianym. Warto zwrócić uwagę na to, że dzisiejsza medycyna i psychologia daje sporo rozmaitych możliwości naprawiania tej sfery, która wydaje się niedopieczona w procesie kompleksowej rehabilitacji.

Ilustracje do niniejszej publikacji stanowią zdjęcia z prowadzonych przeze mnie warsztatów „Kobieta i Mężczyzna zmysłowo zakręcenii”, będących częścią projektu „Gimnastyka dla Spastyka” Fundacji Zdrowie Jest Najważniejsze. Erotyzm jest w każdej/ym z nas, niezależnie od tego czy biegamy, pływamy, tańczymy, czy kręcimy się na kółkach.

Po zakończeniu czuję niedosyt i mam nadzieję, że z takim lekkim apetytem na jeszcze pozostawię Czytelników... jak po dobrym seksie.

## 2. WSTĘP

Seksualność człowieka jest ważnym składnikiem dobrostanu zarówno ludzi w pełni sprawnych, jak i tych po różnych przejściach zdrowotnych. Jednakże sfera seksualna osób żyjących z niepełnosprawnością jest marginalizowana, czy wręcz pomijana w procesie rehabilitacji. Świadomość kręgów medycznych (a tym bardziej ogólnospołeczna) na temat wpływu, jaki ma niepełnosprawność fizyczna na jakość życia seksualnego, jest znikoma. Brak jest wiedzy na temat możliwości terapeutycznych oraz środków umożliwiających osiągnięcie satysfakcji z życia erotycznego przy współistniejących deficytach neurologicznych, które zaistniały na skutek stwardnienia rozsianego lub innych chorób czy urazów.

Jakość dalszego życia, a tym bardziej zaburzenia funkcji seksualnych, nie mieszczą się w procedurach medycznych. Do niedawna mężczyźni po uszkodzeniu rdzenia kręgowego uznawano za bezpłodnych z powodu zaburzeń erekcji i anejakulacji. W ramach kompleksowej rehabilitacji zaczęto dostrzegać możliwość niezależnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych w społeczeństwie i pracy zawodowej. Dopiero w ostatnich latach zwrócono uwagę na konieczność wdrażania leczenia dysfunkcji seksualnych będących następstwami uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast pacjenci nadal nie są dostatecznie doinformowani przez kompetentne osoby o tym, jak radzić sobie z zaistniałymi trudnościami, co prowadzi do frustracji i lęków.

Celem niniejszego opracowania jest:

- zwrócenie uwagi na najczęściej napotymane problemy zdrowia seksualnego osób ze stwardnieniem rozsianym oraz innymi schorzeniami neurologicznymi,
- ocena częstości występowania zaburzeń życia erotycznego u osób z SM,
- przedstawienie trudności, które występują podczas współżycia przy współwystępowaniu deficytów neurologicznych,
- nakreślenie sposobów radzenia sobie z problemami w sferze seksualnej,
- zwiększenie świadomości personelu medycznego w celu nabycia umiejętności udzielania porad podnoszących poziom jakości życia erotycznego osób żyjących z niepełnosprawnością.

Każdy z pacjentów podczas osobistej rozmowy z autorką może rozwiązać swoje obawy oraz zapoznać się i przedyskutować różne metody terapii problemów w sferze erotycznej. Zdobywa niezbędną wiedzę, ma okazję wyjaśnić wszelkie wątpliwości dotyczące spraw intymnych, a także nabrać pewności siebie w relacjach seksualnych.

## **2.1. CZYM JEST ZDROWIE SEKSUALNE?**

Według Światowej Organizacji Zdrowia: „Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Seksualność stanowi integralną składową osobowości kobiet, mężczyzn i dzieci”.

Powszechna Deklaracja Praw Seksualnych wydana przez WHO w 2002 r. głosi, co następuje:

- Seksualność jest integralną częścią osobowości każdej istoty ludzkiej. Jej pełny rozwój zależy od zaspokojenia podstawowych ludzkich potrzeb, takich jak pragnienie kontaktu, intymności, ekspresji uczuć, przyjemności, czułości i miłości.
- Pełny rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym.
- Prawa seksualne są uniwersalnymi prawami człowieka, bazującymi na niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich.
- Ponieważ zdrowie jest fundamentalnym prawem człowieka, tak samo podstawowym prawem człowieka musi być jego zdrowie seksualne.

Popęd seksualny jest podstawową potrzebą biologiczną, odruchem bezwarunkowym. Natomiast bogactwo form zachowania się ludzi oraz skala doświadczanych przeżyć są olbrzymie. Potrzeby w sferze erotycznej pojawiają się w ontogenezie bardzo wcześnie i trwają przez całe życie. W przeciwieństwie do innych potrzeb, zaspokojenie popędu seksualnego może być przesunięte w czasie, gdyż jest aktywnością kataboliczną, natomiast powstrzymywanie się od aktywności płciowej jest zjawiskiem anabolicznym.

Zdrowie seksualne zależy od uznawania, respektowania i stosowania następujących praw:

- Prawa do wolności seksualnej;
- Prawa do seksualnej odrębności, integralności i bezpieczeństwa cielesnego;
- Prawa do prywatności seksualnej;

- Prawa do równości seksualnej;
- Prawa do przyjemności seksualnej;
- Prawa do emocjonalnego wyrażania seksualności;
- Prawa do swobodnych kontaktów seksualnych;
- Prawa do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji co do posiadania potomstwa;
- Prawa do informacji seksualnej opartej na badaniach naukowych;
- Prawa do wyczerpującej edukacji seksualnej;
- Prawa do opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego.



## 2.2. SPOSÓB POSTRZEGANIA SIEBIE

Priorytetowa kwestia, o której musimy pamiętać rozpatrując zagadnienia związane z płciowością osób ze stwierdzeniem rozsianym i po innych przejściach zdrowotnych, to utrzymanie szerokiej perspektywy i postrzeganie tychże osób, czy też nas samych, jako złożone i różnorodne w swej wyjątkowości Jednostki Ludzkie. Bardzo niesprawiedliwe i szkodliwe jest patrzeć na pacjenta neurologicznego jako „nosiela” jednostki chorobowej z odpowiednim kodem. Kiedy człowiek definiuje się poprzez swoją niepełnosprawność, nie jest w stanie sprawnie funkcjonować w społeczeństwie. Aby prowadzić niezależne życie, trzeba przede wszystkim zrozumieć i poczuć, że choroba czy uraz, który przeszliśmy, jest tylko jedną z wielu naszych cech. Wpływa na sposób naszego funkcjonowania fizycznego, ale nadal pozostawia nam autonomię psychiczną i szereg zasobów, które posiadamy. Bardzo wiele osób, zwłaszcza mających problem z poruszaniem się, o tym zapomina. To, że nasz ośrodkowy układ nerwowy nie działa prawidłowo nie oznacza, że jesteśmy gorsi od w pełni sprawnej części społeczeństwa. Nasze człowieczeństwo i wszelkie prawa, w tym seksualne, są w pełni zachowane.

Poziom potrzeb seksualnych nie ma związku z lokalizacją ani stopniem deficytu neurologicznego. Podobnie na różnorodne problemy pojawiające się w życiu seksualnym mają wpływ nie tylko same czynniki wynikające z zaburzonego chorobą działania organizmu, ale także wiele innych przyczyn, zarówno intrapsychicznych, relacyjnych, jak i mających swe źródło w chorobach współistniejących, na przykład układu krążenia, czy nałogach. Złożoność naszego Jestestwa implikuje uważność skierowaną na wszelkie składowe ciała i duszy oraz kompleksowe spojrzenie na całość szeroko pojętego zdrowia.



## 3. POTRZEBA BLISKOŚCI I TWORZENIA WIĘZI

### 3.1. KAŻDY CHCE SIĘ KOCHAĆ

Seks jest źródłem przyjemności i szczęścia, jakie niesie ze sobą zrozumienie i bliskość drugiego człowieka. Aktowi seksualnemu poza zbliżeniem ciał towarzyszyć może, a nawet powinno, uczucie i troska o partnera.

Osoba ze stwardnieniem rozsianym pragnie bycia z drugim człowiekiem i może czerpać radość z seksu. Ważna jest bliskość emocjonalna partnerów. Istotną rolę odgrywa poczucie własnej wartości, wiara w drugiego człowieka. A dla odczuwania satysfakcji kluczowe znaczenie ma umiejętność dawania i przyjmowania.

Osoby ze stwardnieniem rozsianym i innymi schorzeniami neurologicznymi wbrew panującym stereotypom:

- odczuwają pragnienie związane ze swoją seksualnością,
- mogą czerpać przyjemność z seksu,
- potrafią nie tylko otrzymywać, ale również dawać przyjemność,
- mają możliwość posiadania potomstwa.

Wszystkie powyższe stwierdzenia są prawdziwe, pod warunkiem, że osoba z SM:

- zdobędzie wiedzę na temat następstw swojej choroby lub urazu,
- będzie pracować nad swoją samodzielnością,
- wykaże odpowiedni poziom aktywności fizycznej,
- ureguje czynności wydalnicze i wybierze właściwe zaopatrzenie urologiczne,

- uwierzy w swoje możliwości,
- otworzy się na nowe doznania i będzie eksperymentować.

Aby podniecenie seksualne mogło rozwinąć się w orgazm, musimy się rozluźnić, otworzyć i na pewien czas utracić kontrolę. Żeby puścić kontrolę i móc swobodnie przeżywać rozkosz, trzeba poczuć się bezpiecznie i całkowicie zaufać drugiej osobie.





## 3.2. OCZAROWANI SOBĄ

Dwoje ludzi przyciąga do siebie niezwykle magnetyzm. O tym, czy relacja rozwine się z fascynującej przygody w trwały związek decyduje wiele wewnętrznych uwarunkowań obojga. Przyjemne uczucia, które łączą ludzi na początku sprawiają, że mamy wysoki poziom ciekawości drugiego człowieka. Jest to czas gotowości na odnajdywanie wspólnych wartości, zainteresowań, aktywności, które stają się podstawą budowania nowej jakości pod tytułem „my”.

Nie ma większego daru w życiu niż radość, jaką możemy czerpać z namiętności zrodzonej z miłości.

Nie każda osobowość jest w stanie trwać w głębokiej więzi. Osobom z zaburzeniami trudno jest uwierzyć, że są wartością samą w sobie, że mogą dostać miłość tak po prostu. Walczą więc specyficznymi metodami o uwagę dla siebie, manipulując innymi. Pozbawione są empatii, nie potrafią kochać, wykorzystują przedmiotowo innych do osiągnięcia swoich celów. Zdrowa osoba wycofa się z takiej relacji. Natomiast spryt osób toksycznych polega na tym, że w bardzo umiejętny sposób potrafią dobrać sobie osobę, którą łatwo jest omotać i kontrolować emocjonalnie. Kunszt przemocy polega na zawołowanej grze w białych rękawiczkach. W skrajnej formie może być to uzależnienie egzystencjalne. Trudna prawda jest taka, że obie osoby utrzymują powyższy układ.

Poczucie własnej wartości, które może się obniżać wraz z pojawiającymi się objawami choroby, jest predyktorem wielu trudności, również tych wpływających na bliskie relacje. Począwszy od poczucia bycia zależnym od osób trzecich, na upokorzeniu bycia poddanym przemocy psychicznej, materialnej czy fizycznej.

Pamiętać należy o tym, że w trójkącie dramatu przemocy w związku toksycznym biorą udział trzy osoby: ta, która przemoc stosuje, ta, która przemocy jest poddawana i obserwator, który pełni kluczową rolę w uwalnianiu z zakłętego kręgu. Osoba uległa ma poczucie winy, wstydu i bezradności. Dlatego to reakcja trzeciej osoby jest niezbędna do wyrwania kogoś spod przemożnego wpływu manipulatora.



Dojrzałe kochać, to dawać wolność wyboru drugiej osobie. Przyjęcie, że partnerka/partner ma też inne sfery życia, role i potrzeby. Jak dotrzeć do potrzeb ludzkiego serca? Pomaga w tym już sama świadomość, że każdy z nas ma je nieco inne. Mężczyźni często ukierunkowani są na dokonanie dzieła, bycie kimś ważnym. Natomiast kobiety często chcą być kimś ważnym dla kogoś. Wręcz bycie jedyną i najważniejszą dla partnera czy partnerki w relacji wypełnia jej samospełnienie. Autonomia i wolność są również niezbędne do tworzenia zdrowego związku. Równowaga pomiędzy intymnością a niezależnością jest istotą wspólnych ustaleń, jak rozumiemy bycie razem. Pamiętajmy, aby o tym rozmawiać w związku.



Spotkanie dwojga ludzi to nie jest suma ich cech, lecz nowa konstelacja powstała przez wzajemne interakcje wzorców zachowań wniesionych przez każde z nich. Na tym wspólnym obszarze mamy szansę poznać swoje reakcje na czyjeś działania i jednocześnie poddać refleksji, czy nasze własne schematy są nadal funkcjonalne, czy też są już dezadaptacyjne i utrudniają życie i kontakt z samym sobą.

Czasem zapominamy o tym, jak istotne są szczegóły we wspólnym pożyciu. Uwaga poświęcona bliskiej osobie w wyraźny sposób wyraża, że osoba ta jest dla nas ważna. Drobne gesty, czy pytania, które biorą pod uwagę zdanie i potrzeby drugiej strony nic nie kosztują, a dla budowania więzi są bezcenne.

Każdy z nas chce być kochany. Więc skąd tyle nieporozumień i niedokochań? Tajemnica tkwi w tym, że dla każdego, co innego to oznacza. Dlatego warto zapytać partnerkę/partnera: „Czego ode mnie potrzebujesz? Co mogę zrobić, żebyś poczuła/poczuł się przeze mnie kochana/kochany?”. To samo dotyczy życia erotycznego: „Co sprawia, że czujesz się przeze mnie pożądana/pożądanym?”. I pytanie do samej/samego siebie: „W jaki sposób mogę jej/jemu okazać, że jest dla mnie atrakcyjna/atrakcyjny?”.

Asertywne stawianie granic z poszanowaniem drugiej osoby i jednoczesnym zadbaniem o swój komfort psychiczny i fizyczny są bardzo istotnymi czynnikami wpływającymi na wspólne kształtowanie pożycia. Określenie tego, co lubię, a czego nie lubię, często wzbudza niepotrzebne obawy, czy nieśmiałość, a przecież to właśnie umiejętność wzajemnej wymiany wrażeń i pragnień kochanków jest zasadniczym warunkiem umożliwiającym utrzymanie dobrego związku seksualnego przez dłuższy czas.



Porozumiewanie się interpersonalne to w mniejszym stopniu wypowiedziane słowa. Często sens przekazu ukryty jest w tym, co pomiędzy słowami, a także w działaniu lub jego braku, a przede wszystkim – w mowie ciała. Mimika twarzy jest jednym z istotnych elementów przekazujących nam informację o stanie emocjonalnym rozmówcy. Jak jednak rozumieć nastawienie psychiczne drugiej osoby, kiedy na skutek niedowładu mięśni mimicznych nie jest w stanie nadać siły wyrazu swoim wypowiedziom? A jeśli to nasza powieka się nie domyka, czoło nie marszczy w złości czy zdziwieniu, kącik ust nie podnosi w uśmiechu z powodu zaniku mięśni? Co jeśli pozostał nam niedowład połowiczny po udarze mózgu? Jak wiele wtedy trzeba włożyć energii w to, aby nasze emocje i zamiary zostały dobrze odczytane. Tego też przyjaciele muszą się nauczyć.



### 3.3. RÓŻNE STYLE PRZYWIĄZANIA

Kluczową rolę w postrzeganiu siebie, innych ludzi oraz otaczającego świata mają wewnętrzne przekonania. Każdy z nas ma inny zestaw prawd, które wyznaje i zasad, którymi się kieruje. Są to pewnego rodzaju filtry percepcji ukształtowane we wczesnym dzieciństwie i powodujące, że bodźce, które do nas docierają, zdarzenia i sytuacje, które nas spotykają, doświadczamy w pewien określony i tylko dla nas indywidualnie specyficzny sposób. Nauka, którą wynieśliśmy z przeszłości, wpływa na poziomie podświadomym na nasze zachowanie w chwili obecnej. To tak, jakbyśmy w okresie kształtowania mózgu zostali zaprogramowani na pewien styl odbierania świata, a w okresie dorosłym go konsekwentnie realizujemy.

Jeśli nasz sposób reagowania jest adekwatny i prawidłowo funkcjonujemy w środowisku, życie staje się pasmem sukcesów, a relacje z innymi są źródłem satysfakcji i prawdziwej przyjemności. Wtedy dobrze myślimy na swój temat i uważamy, że drugi człowiek też jest w porządku. Dzięki temu nasze relacje opierają się na równowadze i bezpiecznym zaufaniu. W takich związkach więź, która powstaje, jest stabilna i zdrowa. Wiele prawdy jest w tym, że tylko dwie silne jednostki są w stanie zbudować silny, prawidłowo funkcjonujący związek.

Inna sytuacja jest natomiast, kiedy podczas modelowania naszej psychiki czegoś nam zabrakło, jakieś nasze potrzeby nie zostały zaspokojone lub były zdewaluowane, nie dostaliśmy odpowiedniej dawki bezwarunkowej miłości rodzicielskiej, byliśmy odrzuceni fizycznie lub psychicznie z powodu śmierci czy rozwodu przez osoby dla nas ważne (tzw.

figury przywiązania). Takie sytuacje przerastają pojemność emocjonalną bezbronnego dziecka. Aby przeżyć wypracowuje pewne strategie radzenia sobie z nadmiarem bólu. A takie schematy postępowania często przeszkadzają w życiu dorosłym. Strach przed ponownych odrzuceniem może spowodować, że osiągnięcie prawdziwej intymności nie będzie możliwe. Tworzy to poważny konflikt wewnętrzny: np. ktoś kocha drugą osobą tak bardzo, że nie chce jej stracić, więc, paradoksalnie, chroniąc siebie unika zbliżeń fizycznych.

To samo dotyczy przekonań na swój temat. Ktoś, kto nie usłyszał w okresie rozwoju, że jest wspaniały i wart miłości nie uwierzy, że partner może go kochać tak po prostu, bo istnieje. Jeśli ktoś był przez rodzica raz akceptowany, raz odrzucany, taką samą szarpaninę będzie uprawiał w związku partnerskim. Dlaczego? Z prostej przyczyny: nie zna innego przepisu na miłość. To są te pary, które pałają dzięki namiętnością, a za chwilę się nienawidzą i rozchodzą, po czym znowu się do siebie zbliżają, i tak w kółko. Sinusoida emocji w tych związkach jest bardzo duża i wbrew pozorom są to bardzo trwałe więzi, których liną wiążącą są ekstremalnie silne emocje – od głębokiej pasji po wściekłość lub rozpacz. Oczywiście oboje muszą tego potrzebować. Osoba z bezpiecznym stylem przywiązania szybko opuści taką pełną niepewności i szaleństwa znajomość.

Innym pozabezpiecznym stylem przywiązania jest unikanie. To są te osoby, które kiedy zaczyna być miło, ciepło i dobrze, już się boją, że zostaną porzucone, więc żeby nie czuć bólu, prędko porzucają partnerkę/ra pierwsze i po kłopotcie. To są również te osoby, które preferują powierzchowne znajomości, seks bez zobowiązań, jednorazowe numerki, wolni strzelcy, niebieskie ptaki itp. Brzmi znajomo?

Robią wszystko byle się nie zaangażować, bo tak naprawdę śmiertelnie się boją czegoś, co się wydarzyło w przeszłości. Brak gotowości do zaangażowania to także lęk przed stopieniem się z drugą osobą. Przywiązanie utożsamiają z pochłonięciem przez partnerkę/ra, ograniczeniem wolności, rozpadem własnej tożsamości. Trudno się dziwić, że przy takim spojrzeniu człowiek zachowuje się w sposób zupełnie irracjonalny, jakby uciekał przed szczęściem. Pragnę w tym miejscu uświadomić wszystkim tak zwanym lekkoduchom, iż uciekanie przed własnym lękiem nie ma najmniejszego sensu, bo po pierwsze do niczego nie prowadzi, po drugie rani po drodze niewinne dusze, po trzecie umykają okazji bliższego poznania kogoś sensownego, a po czwarte ostatecznie sytuacja wymaga konfrontacji i zmierzenia się z tym, co tak naprawdę przeraża.

### **3.4. MYŚLI AUTOMATYCZNE W ZABURZENIACH SEKSUALNYCH**

Wszelkie ograniczenia, których doświadczamy, kryją się przede wszystkim w głowie. To sposób naszego myślenia determinuje, w jakim stopniu radzimy sobie z trudnościami fizycznymi. Zasady, które wyznajemy w życiu albo nam pomagają w pokonywaniu problemów albo je pogłębiają. Zbyt wygórowane wymagania w stosunku do swoich możliwości potrafią przyćmić radość ze wspólnie przeżywanych uniesień.

Oto przykłady myśli, które sprawiają, że czujemy się nie-szczęśliwi:

- Już nie jestem atrakcyjna.
- Nie powinnam inicjować seksu.



- To obrzydliwe.
- Ona na pewno była niezadowolona.
- Muszę zadowolić partnera.
- Mężczyźni zawsze powinni mieć erekcję.
- Na pewno nie będę mieć orgazmu.
- Mówienie, czego oczekuję w seksie, byłoby nienaturalne.
- On pomyśli, że jestem rozwiązła.
- Jeśli zawiodę, ona mnie zdradzi.

### 3.5. ZWIĄZKI BARDZIEJ I MNIEJ SEKSUALNE

Seksualność człowieka ujawnia się i manifestuje między innymi w związkach. Ludzie łączą się z sobą między innymi po to, aby realizować potrzeby związane z seksualnością. Współżycie najczęściej podejmują osoby będące w związkach kohabitacyjnych – nieformalnych. Na drugim miejscu są związki małżeńskie, a na trzecim – konkubinaty po rozwodzie lub separacji. Osoby nietworzące związków uprawiają seks jeszcze rzadziej, a największa abstynencja panuje wśród osób, które utraciły związek na skutek separacji, rozwodu, bądź śmierci współmałżonka.

Osoby żonate/zamężne rzadziej niż osoby kohabitujące – będące w konkubinatach podejmują różne formy aktywności, a więc ich życie seksualne pod względem urozmaicenia jest uboższe. Również bardziej wyrafinowany seks nie jest przez nie lubiany.

Jak wyglądają doświadczenia Polaków w zakresie stosunków pozawaginalnych? Stosunek oralny bez wytrysku nasienia odbywa się najczęściej w konkubinacie. Natomiast

stosunek oralny z wytryskiem oraz seks analny uprawiają najczęściej osoby w związkach nieformalnych związanych po separacji lub rozwodzie. Orgazm najczęściej przeżywają osoby żyjące w związkach kohabitacyjnych.

Antykoncepcji nie stosują najczęściej małżonkowie oraz pozostający w separacji, po rozwodzie i owdowiali. Jest to całkiem nieodpowiedzialne podejście tym bardziej, że najczęściej zgłaszane są metody naturalne – kalendarzyk małżeński, metoda objawowa, termiczna lub objawowo-termiczna, które są sposobami planowania rodziny, a nie antykoncepcją! Nie chronią one ani przed zajściem w ciążę, ani też przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. Przy tej okazji pragnę zwrócić uwagę, że stosunek przerywany również nie jest skuteczną metodą zapobiegania ciąży ze względu na obecność plemników w preejakulacie, który wydobywa się z cewki moczowej penisa na długo przed wytryskiem. A wychodzenie z założenia, że akt ślubu chroni przed zakażeniem jest z gruntu śmieszne. Jedyne środki ochrony przed chorobami przenoszonymi drogą płciową stanowi prezerwatywa i ją najczęściej stosują osoby żyjące w konkubinatach oraz pozostający bez stałego związku. Brawo za świadomość. Tabletki antykoncepcyjne stosują najczęściej osoby w związkach kohabitacyjnych.

Zbyt małe potrzeby seksualne oraz zbyt mała chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera/ki zgłaszają najczęściej osoby zamężne/zonate. W konkubinacie zdecydowanie częściej jako problem jest postrzegana zbyt duża chęć współżycia w porównaniu z potrzebami partnera/ki oraz bolesność w trakcie stosunku.

### 3.6. MOJE CIAŁO TO TEŻ JA

Kluczowym elementem związku erotycznego jest nasze ciało. To, jak je postrzegamy, determinuje nasze zachowanie w sytuacji intymnej. Czy jest naszą dumą, czy udręką? Czy można zaprzyjaźnić się z wyginającą kończyną spastycznością? Czy da się powiedzieć „Moje ciało jest OK”, kiedy porażenia uniemożliwiają poruszanie w zamierzony spo-



sób? Czy da się polubić mioklonie i ciągłą męczliwość? I tu ośmielę się postawić pytanie: „Czy to stopień zniekształceń fizycznych determinuje nasze zadowolenie z własnego ciała?”. A czy - konfrontując przykład z przeciwnego bieguna - perfekcyjne w swych proporcjach modelki i modele akceptują swoje ciała? W ich głowach również rozgrywa się dramat niedoskonałości.

Nasz związek z własnym ciałem odbija się w całym naszym życiu seksualnym. Nie da się przeżywać zmysłowych uniesień, gdy nie mamy kontaktu pomiędzy naszą fizycznością a psychiką. Smutnym jest fakt, że wiele osób ma odcięty ten, jakże podstawowy, związek duszy z ciałem. Jako ludzie czujemy jesteśmy jednością.

Uprawianie seksu wyzbytego emocji jest tylko ćwiczeniem fizycznym, często wykonywanym kompulsywnie w celu obniżenia napięcia psychicznego. W takim układzie ciało (zarówno własne, jak i partnerki/partnera) pełni rolę przedmiotu wykorzystywanego do zaspokojenia potrzeb, często zupełnie niezwiązanych ani z miłością, ani nawet z pożądaniem. Warto jasno sobie uzmysłwić, że wiele osób poprzez sam akt seksualny załatwia sobie mnóstwo innych spraw - od samoakceptacji zaczynając, na manipulowaniu i korzyściach materialnych kończąc. Skąd taka umiejętność? Ano z odcięcia emocji od ciała.

Odwrotną sytuacją jest zaangażowanie duchowe czy emocjonalne pozbawione zabarwienia erotycznego. Czyli „Ja cię kocham, ale moje ciało jest brzydkie, więc nie będziemy się kochać”. I tu się kłaniają wszystkie długoletnie związki, które zaprzestały uprawiania seksu po porodzie, operacji, udarze, diagnozie itp. Trudno pogodzić się z dysfunkcją cielesną, więc odrzucamy ciało, nie chcemy mieć



z nim nic wspólnego. „Przecież sama miłość nam wystarczy.” O, jakże złudna perspektywa.

Dlatego tak istotnym dla przeżywania pełni zbliżenia między dwojgiem ludzi jest bliska relacja z własnym ciałem, pełen wyrozumiałości stosunek do niego, umiejętność odczytywania sygnałów, jakie nam przekazuje. Wtedy możemy zagłębić się w pełen akceptacji i uwielbienia akt, kiedy wchodzimy w niego jako spójną całość, na którą składa się to, co myślę, czuję i robię. Nie można dać drugiej osobie tego, czego sami nie posiadamy.



Sposób, w jaki myślimy o własnym ciele, jak na nie patrzymy, jak o nie dbamy, jak je dotykamy ma ścisły związek zarówno z tym, czym „karmieni” byliśmy w dzieciństwie, jak i z tym, jak pozwolimy traktować się w przyszłości. Z tych trzech czasoprzestrzeni wpływ mamy na to, co robimy, myślimy i czujemy tu i teraz. Jesteśmy tym, kim jesteśmy w tym momencie naszego życia. Nie zmieni tutaj nic ani tęsknota za zdrowiem, które przeminęło, ani lęk przed zniedołężnieniem, które może kiedyś nastąpić. Życie rozgrywa się teraz. Albo je podejmujemy z takimi zasobami, jakie posiadamy aktualnie, albo przegrywamy. Wybór zawsze należy do nas!

Jak zaakceptować swoją cielesność? To podróż, którą warto rozpocząć samej/samemu ze sobą. Spojrzeć na siebie oczyma miłości. Nie tylko z góry na dół, ale też na odbicie w lustrze. Dostrzec elementy piękne. Tych jest z pewnością kilka. Wystarczy się nieco wysilić, żeby je zauważyć. Być może są to radosne oczy, może silne bicepsy, a może ładne piersi. Pochylić się nad tymi miejscami, które wymagają zapiekania i uwagi. Może jakąś odleżyną trzeba się zająć, może paznokcie w spastycznej ręce podciąć, żeby nie wbiły się w dłoń. Dać wyrozumiałość tym członkom, które odbiegają od naszych oczekiwań. Stopa nie opada nam na złość, tylko nie docierają do niej informacje z mózgu.

Duży wpływ na zadowolenie z życia erotycznego mają indywidualne predyspozycje do warunkowania się na bardzo specyficzne bodźce seksualne oraz habituacja, czyli obniżenie odpowiedzi na bodziec wraz z kolejnymi powtórzeniami. Osoby wykazujące preferencje do ściśle określonego sposobu pobudzania, a nawet fetyszystycznego wzorca zachowań, mają problem z osiągnięciem podniecenia inny-

mi metodami niż te, których się wyuczyły. Jak to wygląda w życiu codziennym? Przykładowo mężczyzna regularnie doprowadzający się do orgazmu przy użyciu własnej ręki oglądając jednocześnie filmy pornograficzne, będzie miał po pewnym czasie kłopot ze szczytowaniem w trakcie stosunku dopochwowego z żywą kobietą. Nie piszę tu o sytuacji jednorazowej tylko o stałym nawyku, który utrudnia przejście do kontaktu interpersonalnego.

Habitualizacja natomiast to przyzwyczajenie do tego samego sposobu stymulacji po pewnym czasie jego stosowania. Osoby z wysokim jej poziomem szybko się znieczulają na określony rodzaj pieścizot, potrzebują coraz silniejszych podnieć, nieustannie poszukują nowości, często zmieniają partnerki seksualne/partnerów seksualnych. Efektem tego jest trudność w pozostawaniu w stabilnym związku. A jeśli już mamy to szczęście, że w nim jesteśmy, nie dziwny się, że rozkoszna zabawa, która kiedyś była dla nas szczytem marzeń, po pewnym czasie spowszedniała. To całkiem normalne zjawisko i nie oznacza, że partner/ka jest dla nas mniej atrakcyjny/a, czy mniej go/ją kochamy.

Każdy z nas ma inny poziom warunkowania i habitualizacji odpowiedzi seksualnej. Idealnie jest, kiedy para dobierze się pod względem zarówno preferencji, jak i chęci eksperymentowania. Pamiętajmy, że swoją seksualność realizujemy z drugim człowiekiem. Dlatego mają znaczenie nie tylko nasze osobiste cechy i potrzeby, ale też kompatybilność z potrzebami ukochanej osoby.

## 4. NEUROBIOLOGIA FUNKCJI SEKSUALNYCH

W fazie zakochania zostaje wyłączona (ulega dezaktywacji) kora przedczołowa, która odpowiada za kontrolę zachowania. W związku z tym mamy tendencję do zachowań ryzykownych, działania pod wpływem impulsu, czyli „tracimy rozum”. W pierwszych tygodniach, miesiącach trwania relacji przestajemy poddawać analizie to, co się dzieje, tracimy umiejętność krytycznej oceny naszej/naszej partnerki/partnera, nosimy „różowe okulary”, jesteśmy w stanie wszystko zrozumieć i usprawiedliwić każde dziwne zachowanie. Dlatego łatwiej o wpadkę z nowym kochankiem, bo dopiero w stałym związku prokreację się planuje. Z upływem czasu owo „zamroczenie” mija i odzyskujemy zdolność krytycznej oceny, stabilność oraz możliwość budowania i trwania w relacji monogamicznej. Jak z tego wynika, u osób z uszkodzoną korą przedczołową częściej będzie dochodziło do zdrady, gdyż nie zachodzi refleksja i hamowanie afektu.

Bezsensowne sprzeczki o przeszłość i wypominanie dawnych przewin mają swoją przyczynę w nadaktywnym przednim zakręcie obręczy. Nie jesteśmy w stanie wtedy przerzucić uwagi i skupić się na sytuacji obecnej, aby ją rozwiązać, tylko pozostajemy w konflikcie, bo kiedyś partner zawinił. Przykład z życia codziennego: partner zachęca partnerkę do seksu w niedzielę, a ona odmawia, bo w piątek nie pozmywał naczyń. Ale uwaga! W fazie zauroczenia aktywacja przedniego zakrętu obręczy pozwala nam skupić swoje pożądanie na jednej partnerce/jednym partnerze. Nagle wszystkie inne/wszyscy inni przestają istnieć. Dzięki temu też intensywność pod-



nieczenia podczas pierwszych stosunków jest największa. Na tak zwanym efekcie nowości bazują osoby często zmieniające kochanki/kochanków, wykorzystując najsilniejsze pobudzenie układu biochemicznego mózgu na początku znajomości. Dlatego tak kręci „polowanie na króliczka” i pierwszych kilka spotkań. Potem, kiedy poziom jednych neurotransmiterów się stabilizuje, pozostają dwa wyjścia: albo zerwanie znajomości, w której spada napięcie erotyczne, albo popłynięcie na fali innych neuroprzekaźników w kierunku budowania trwałej więzi i bliskości psychicznej.

Emocjonalna strona życia erotycznego ukryta jest w układzie limbicznym. Jeśli jest on nadmiernie pobudzony, przeważają emocje smutku, przygnębienia, obniża się libido, pojawiają się zaburzenia depresyjne. Typowymi reakcjami na inicjację zbliżenia są: „Weź tę nogę, bo mi niewygodnie”, „Spać mi się chce, a tobie głupoty w głowie”, „Daj mi spokój”. Seks wtedy może nie istnieć, nie odczuwamy pożądania, ani podniecenia.

„Boli mnie głowa” – sztandarowa odmowa współżycia, chociaż całkiem bezsensowna, gdyż to właśnie aktywność seksualna likwiduje tenże ból głowy, także ma swoje biologiczne podłoże, a są nim jądra podstawy. Łączą one nasze uczucia z ruchem. Przy nadaktywności tego regionu mamy tendencję do odczuwania niepokoju, strachu i objawów somatycznych, czyli tych wyrażonych w ciele, jak na przykład bóle brzucha, głowy, niestrawności i tym podobne dolegliwości. Czyli warto zapytać partnerkę/partnera, czy coś ją/jego stresuje, wywołuje lęk i skutkuje nieprzyjemną odpowiedzią organizmu.

Nagłe zmiany nastroju, „humory”, niezdolność do rozmowy o tym i przegadania konfliktu, czy trudności w komuni-

kacji mogą świadczyć o nieprawidłowo działających płatach skroniowych. Jest to obszar szczególnie istotny na dalszych etapach związku, kiedy to mija neuroprzekaźnikowy „haj”, a zaczynają pojawiać się problemy dnia codziennego, które trzeba w konstruktywny sposób rozwiązywać. U osób z uszkodzeniami tkanki mózgowej w obrębie płatów skroniowych pojawia się rozgrywanie seksem, czyli współzycie staje się kartą przetargową do uzyskania innych korzyści. Na przykład: „Dopóki nie dostanę tej sukienki, nie ma mowy o fikumiku”, „Chcesz mieć orgazm, to załatw mi tę pracę”.

#### **4.1. DOPAMINERGICZNE PODNIECENIE I SEROTONINERGICZNE PRZYWIĄZANIE**

Dopamina jest neurotransmiterem odpowiadającym za motywację seksualną, pożądanie, podniecenie, reakcje genitalne i przeżywanie orgazmu. Najwyższy poziom osiąga na początku związku, kiedy jest silnie pobudzony układ nagrody i stąd uzależnienie od partnerki/partnera.

Serotonina obniża libido, hamuje odpowiedź genitalną, hamuje orgazm oraz wytrysk. Jej poziom rośnie w kolejnych fazach związku, dlatego wraz ze stażem relacji coraz trudniej o ejakulację. Natomiast wyrzut serotoniny po orgazmie powoduje, że odczuwamy błogość i przyjemny nastrój.

Duża część kobiet i mężczyzn ze stwardnieniem rozsianym cierpi na depresję, która dodatkowo nasila objawy choroby takie jak męczliwość, czy zaburzenia koncentracji. Osoby przyjmujące leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny SSRI obniżone libido mają niestety wpisane w możliwe działania niepożądane

terapii. Leki te nie pozwalają na rozwój romantycznej miłości i przywiązania. Dlatego, jeśli zależy nam na intensywnym przeżywaniu uczuć wyższych, trzeba wraz z lekarzem zastanowić się nad doborem odpowiedniego preparatu, który będzie miał najslabszy wpływ na zdolność odczuwania zarówno chęci do romantycznych uniesień, jak i orgazmu.

## **4.2. ROLA UKŁADU NERWOWEGO W FUNKCJONOWANIU SEKSUALNYM**

Wszelkie bodźce wzrokowe, węchowe, dotykowe, słuchowe, smakowe ze świata zewnętrznego odbierane są przez nasze narządy zmysłów. Później drogą aferentną (wstępującą) informacje przekazywane są poprzez jądro podprzypęczkowe wzgórza do kory mózgowej, gdzie również dołączają się fantazje erotyczne. Następuje klasyfikacja odebranych sygnałów jako seksualne bądź nie oraz nadanie im znaczenia. Zachodzi integracja emocji z reakcjami seksualnymi. Kora przedczołowa odpowiada za hamowanie i modulowanie zachowań seksualnych, ciało migdałowate za kontrolę motywacji, a hipokamp za stymulację, róg Amona kieruje erekcją. W podwzgórzu, będącym częścią międzymózgowia, następuje identyfikacja partnerów oraz pobudzenie układów hormonalnych. W polu przedwzrokowym znajduje się główny ośrodek kontroli wytrysku. Jeśli bodziec zostanie uznany za podniecający, informacja ta wędruje drogą eferentną (zstępującą) poprzez nakrywkę śródmózgowia, twór siatkowaty mosty i rdzenia przedłużonego do ośrodków autonomicznych w rdzeniu kręgowym: współczulnego i przywspółczulnego. Przesyłając impulsy nerwowe przez

splot brzuszny i miedniczny odpowiadają one za powstanie erekcji i ejakulacji.

### 4.3. RODZAJE POBUDZENIA SEKSUALNEGO

Wyróżnia się następujące rodzaje pobudzenia seksualnego:

- **Poznawcze** – interpretacja bodźca jako seksualny, np. nie każda atrakcyjna kobieta jest postrzegana jako obiekt seksualny, w zależności od sytuacji rozróżniamy to znaczenie; struktury odpowiedzialne: prawa boczna kora oczodołowo-czołowa, kora ciemieniowa, zakręt obręczy, jądra ogoniaste.
- **Motywacyjne** – jeśli bodziec został rozpoznany jako seksualny, pojawia się motywacja do odbycia stosunku; struktury odpowiedzialne: zakręt obręczy, przedmurze.
- **Emocjonalne** – pojawiają się przeżycia emocjonalne; struktury odpowiedzialne: prawa część wyspy, drugorzędowa kora czuciowa.
- **Autonomiczne** – reaguje nasze ciało; układy: rozrodczy, krwionośny, oddechowy, hormonalny.

### 4.4. HAMOWANIE SEKSUALNE

W normalnym stanie nasz organizm jest pobudzony seksualnie. Żeby to pobudzenie kontrolować, żeby móc myśleć o czymś innym niż seks i funkcjonować społecznie, pewne struktury mózgu hamują (wygaszają) napięcie seksualne. W stanie spoczynku są to płaty skroniowe. Po zainicjowaniu pobudzenia seksualnego, czyli wtedy, kiedy akt seksualny

nie jest wskazany, hamują: jądro ogoniaste i skorupa. Obniżenie pożądania, np. po rozstaniu lub w czasie konfliktów w związku, następuje dzięki aktywności środkowej kory oczodołowo-czołowej.

#### **4.5. REAKCJE KOBIECEGO MÓZGU NA STYMULACJĘ SEKSUALNĄ**

Reprezentacja genitalna u kobiet występuje w zakręcie środkowym, a intensywność pobudzenia tego obszaru zależy od tego, która okolica ciała jest stymulowana. Najsilniejsza odpowiedź pojawia się przy stymulacji łechtaczki – jedyne organu w ludzkim ciele, który służy wyłącznie przyjemności. I tu pragnę zwrócić szczególną uwagę wszystkich Czytelniczek i Czytelników, że seks dla kobiet ma być przyjemny i satysfakcjonujący. Stymulacja szyjki macicy również wywołuje bardzo intensywną reakcję, jest ona jednak subiektywnie odbierana przez kobietę albo jako bardzo bolesna, albo jako silnie podniecająca. Stąd wprawny partner/partnerka musi być uważny/a na efekty swoich poczynań, gdyż uderzenia, które u jednej kobiety będą powodowały zwijanie się z bólu, u innej wywołają orgazmiczne spazmy. I tu ważna uwaga do Pań: informujmy kochanka/kochankę o tym, co nas podnieca, a co boli, bo czasem naprawdę trudno jest się domyśleć drugiej osobie, zwłaszcza kiedy jest na fali własnego uniesienia. I jeszcze jedna rzecz związana z pobudliwością: nasza wrażliwość na bodźce obniża się, następuje habituacja (czyli przyzwyczajenie) i stymulacja wymagana do uzyskania tego samego poziomu podniecenia musi być coraz silniejsza. Albo też należy zmienić sposób stymulacji.

Kreatywność kochanków w tej kwestii jest jak najbardziej wskazana.

W trakcie orgazmu kobiecy mózg szaleje. Następuje aktywacja wszystkich obszarów, a zwłaszcza tych odpowiadających za emocje. W czasie masturbacji kora przedczołowa jest aktywna, bo w niej tworzymy wyobrażenia i fantazje. Natomiast w trakcie stosunku seksualnego z partnerem/partnerką kora przedczołowa ulega dezaktywacji, a kobieta jest skupiona na odczuwaniu i przeżyciach emocjonalnych, dzięki pobudzeniu układu limbicznego.

#### **4.6. REAKCJE MĘSKIEGO MÓZGU NA STYMULACJĘ SEKSUALNĄ**

Podczas pobudzenia genitalnego u mężczyzn pobudzone zostają ośrodki wzrokowe i czuciowe. Czyli myślenie jest wyłączone, włącza się odczuwanie i wyobrażenia.

W czasie erekcji pobudzeniu ulega wyspa, ciało migdałowate i podwzgórze. Badania wykazały, że wzwód u mężczyzn następuje w reakcji na oglądanie filmu, a nie zdjęć. Obraz musi być w jakiś sposób ruchomy. Stąd prawdziwość powiedzenia, że mężczyźni są wzrokowcami.

#### **4.7. MECHANIZMY EREKCJI I EJAKULACJI**

Zanim o męskiej sprawności seksualnej powiemy, warto uświadomić sobie, że odpowiednikiem penisa u kobiety jest łechtaczka. Jej budowa oraz wielkość są porównywalne z narządem męskim, zaś sam mechanizm obrzmienia jest do-

kładnie taki sam. Orgazm u kobiet z uszkodzonym rdzeniem kręgowym jest możliwy dzięki unerwieniu narządów rodnych przez nerw błędny, który biegnie prosto z czaszki omijając rdzeń. O kobiecym wytrysku zaś będzie w osobnym rozdziale.

Erekcja następuje na skutek wypełnienia krwią połączeń tętniczo-żylnych w ciałach jamistych prącia. Przepelnione krwią ciała jamiste wywierają ucisk na żyły, dzięki czemu zablokowany jest odpływ krwi z penisa i utrzymywany jest wzwód.

Ośrodek współczulny zlokalizowany na poziomie piersiowo-lędźwiowym Th11-L2, a pobudzany impulsami z mózgowia, gdzie przetwarzane są bodźce teleceptywne: węchowe, wzrokowe, smakowe, słuchowe, wyobrażenia i fantazje, odpowiada za erekcję psychogenną. Następuje częściowe wypełnienie ciał jamistych krwią, penis nie osiąga sztywności niezbędnej do intromisji, czyli wprowadzenia członka do pochwy. Podczas tumescencji – obrzmienia ciśnienie w ciałach jamistych wzrasta do 100 mm Hg, skutkiem czego członek zwiększa swoją długość i obwód.

Ośrodek przywspółczulny zlokalizowany na poziomie krzyżowym S2-S4, a pobudzany przez bodźce ze stref erogennych, przede wszystkim okolicy narządów płciowych, gdzie znajduje się duże skupienie receptorów czucia, odpowiada za napływ krwi do ciał jamistych oraz skurcz mięśni znajdujących się po bokach prącia i tym samym za pełnowartościową erekcję i usztywnienie członka. Ciśnienie krwi w ciałach jamistych podczas tej fazy osiąga kilkaset mm Hg, powodując twardość prącia pozwalającą na penetrację. Jest to droga odruchowa, biegnąca nerwami erekcyjnymi, która może prawidłowo funkcjonować nawet przy ogniskach zlokalizowanych w wyższych segmentach rdzenia kręgowego.

Ośrodek współczulny odpowiada również za pierwszą

fazę ejakulacji - emisję, polegającą na ruchach perystaltycznych nasieniowodów i transporcie nasienia z pęcherzyków nasiennych do bańki cewki moczowej. W tej samej fazie następuje skurcz zwieracza szyi pęcherza moczowego. Mięśnie opuszkowo-jamiste mają za zadanie zaciskanie cewki moczowej podczas orgazmu, co zapobiega cofaniu moczu do pęcherza moczowego. Przy uszkodzeniu dróg nerwowych może dochodzić do wytrysku wstecznego, czyli ejakulat zamiast wydostawać się na zewnątrz, cofa się do pęcherza moczowego.

Ośrodek przywspółczulny odpowiada za aktywację gruczołu krokowego do produkcji wydzieliny wzbogacającej ejakulat w substancje odżywcze, m.in. fruktozę, cynk.

Ośrodek somatyczny zlokalizowany w odcinku krzyżowym rdzenia odpowiada za ostatnią fazę wytrysku, powodując skurcze kloniczne mięśni dna miednicy, dzięki którym nasienie jest wyprowadzane na zewnątrz cewki moczowej.

Zmiany ogniskowe w przebiegu stwardnienia rozsianego lub uszkodzenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym i górnym piersiowym skutkują zaburzeniem zdolności do erekcji psychogennej, natomiast zachowana zostaje możliwość osiągnięcia pełnego wzwodu i usztywnienia w wyniku bodźców mechanicznych z okolic krocza. Jeśli natomiast dojdzie do degeneracji ośrodków i dróg rdzenia kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym oraz nerwów stanowiących odcinki łuków odruchowych, skutkuje to brakiem efektywnego wzwodu.

Również długotrwały stres i niepokój związany z postępem choroby jest dodatkowym czynnikiem utrudniającym udane pożycie seksualne. Zwiększona produkcja adrenaliny i noradrenaliny, utrzymując przewagę układu sympatycz-



nego – współczulnego, wpływa negatywnie na zdolność erekcyjną. Dlatego tak istotnym jest dbanie o relaks i pozytywne nastawienie. Również leki przeciwdepresyjne, nasenne i moczopędne będą powodowały działania niepożądane w postaci obniżenia libido i zaburzeń erekcji, chociażby w postaci jej szybkiego zanikania. Spożywanie alkoholu w niewielkich ilościach wyzwała wzrost energii seksualnej, stłumienie obaw i zahamowań, prowadząc do zachowań ryzykownych. Natomiast w większych ilościach alkohol prowadzi do nasilenia uczucia zmęczenia i braku wzwodu. Marihuana, powszechnie stosowana wśród osób z nasiloną spastycznością, działa również w dwojaki sposób. Palona okazjonalnie zwiększa intensywność odbierania doznań seksualnych, pragnienie zbliżenia, przyjemność z wrażeń zmysłowych oraz potencję. Jednak przy regularnym stosowaniu prowadzi do braku inicjatywy, apatii, spadku libido i osłabienia erekcji.

#### **4.8. KOBIECA EJAKULACJA – ENIGMATYCZNA FONTANNA ROZKOSZY**

Orgazm kobiecy ma wiele twarzy: szybkie, krótkie, delikatne, długotrwałe, wielokrotne, silne, miejscowe, obejmujące całe ciało, mokre, łechtaczkowe, pochwowe, analne, psychiczne... Specjalnym bonusem są te połączone z wytryskiem.

Strefa G znajdująca się na przednio-górnej ścianie pochwy jest obszarem wyjątkowej wrażliwości na pobudzenie. Wokół cewki moczowej, wewnątrz warg sromowych większych, zlokalizowane są łatwo wyczuwalne „koraliki”

– to gruczoły przedsionkowe mniejsze Skenego. Powstały one z tych samych tkanek zarodkowych, co męska prostata. Obrzęk tkanek w czasie podniecenia jest efektem wypełnienia płynem gruczołów przedsionkowych, a krwią ciała gąbczastego. W kobiecych gruczołach przycewkowych produkowany jest ejakulat o odczynie zasadowym. W swoim składzie zawiera te same substancje, które są wytwarzane przez gruczoł krokowy: antygen PSA, sterczową kwaśną fosfatazę, ludzkie białko 1 oraz glukozę i fruktozę. Skurcz mięśni dna miednicy w czasie orgazmu wyrzuca ejakulat na zewnątrz. Wydzielania mleczno-białej lub przezroczystej, bezwonnej substancji nie należy mylić ze squirtingiem – opróżnianiem pęcherza z moczu. Możliwy jest również wytrysk wsteczny, czyli do pęcherza moczowego.

Aby doprowadzić kobietę do eksplozji wytrysku potrzebny jest wyjątkowo umiejętny i wytrwały kochanek, który podarowując swój czas, zaangażowanie i doświadczenie, doprowadza partnerkę do ekstatycznego odlotu. Głęboki orgazm ze strefy G obejmuje nie tylko całe ciało, ale też obezwładnia psychikę kobiety. Jeśli więc spotkałaś wyśmienitego kochanka, z którym doznajesz niezwykłych rozkoszy, doceniaj go i ciesz się swoim szczęściem.

A dla panów ważne przypomnienie: kobieta jest w stanie osiągnąć orgazm wielokrotnie i kolejny raz jest o wiele łatwiejszy, bo już jest w stanie silnego podniecenia, które nie opada tak szybko, jak u mężczyzn. Dlatego, jeśli doprowadziłaś kochankę do szaleństwa, to nie jest koniec zabawy! Ona teraz jest gotowa na jeszcze... i jeszcze... i jeszcze... Póki nie powie „dość”.

## **5. NEUROREHABILITACJA I SEKS – ZGRANA PARA**

Aktywność seksualna, oprócz swej cudownej otoczki emocjonalnej, jest również czysto fizycznym treningiem dla ciała. Podczas pieszczot i gry wstępnej stymulowane są receptory na całym ciele. Bodźce słuchowe, wzrokowe i węchowe mobilizują układ nerwowy. Stosunek seksualny pobudza nie tylko układ mięśniowo – szkieletowy, ale także krążenia i oddechowy. Czyż nie o to chodzi w kinezyterapii? Kochajmy się więc na zdrowie!

### **5.1. NEUROLOGICZNE PRZYCZYNY ZANIEDBYWANIA**

Przy ogniskowych uszkodzeniach struktur korowych i podkorowych mózgu (najczęściej prawej półkuli) mamy do czynienia nie tylko z deficytami sensomotorycznymi, ale również z zaburzeniami wyższej organizacji aktywności ruchowej. Zaniedbywanie premotoryczne obejmuje deficyty postrzegania i wyobrażeń dotyczące połowy przestrzeni przeciwstronnej do lokalizacji uszkodzenia. Natomiast zaniedbywanie motoryczne objawia się obniżoną funkcjonalnością ruchu kończyn strony bezpośrednio zajętej (najczęściej lewych), a także zmniejszoną gotowością do zapoczątkowania ruchów kończyn pośrednio zajętych – toż stronnych do ogniska w stronę przeciwną oraz słabszą eksploracją tejże przestrzeni. Mówiąc po ludzku: lewe kończyny bywają leniwe, a prawe nie lubią sięgać na lewo. Ma to znaczenie w życiu codziennym oraz sytuacjach intymnych, gdzie uwa-

ga poświęcona obu połowom ciała powinna być zrównoważona, a wręcz zwrócenie aktywności partnerki/partnera na te zaniebtywane części pobudza nasz układ nerwowy i poprzez wymuszenie reakcji staje się najbardziej przyjemną formą rehabilitacji. Już samo znalezienie się bliskiej osoby w przestrzeni, którą zazwyczaj lekceważymy, jest bodźcem, aby pokonując swoje przyzwyczajenia osiągnąć ukochanej osoby przeciwną ręką, objąć przeciwną nogą przekraczając linię środkową, poczuć dotyk po tej stronie tułowia, która ma pewne trudności.

## 5.2. KONTROLA POSTURALNA

Praktycznie w każdym schorzeniu neurologicznym mamy do czynienia z obniżoną zdolnością kontrolowania pozycji ciała przeciwko sile grawitacji w czasie wykonywania poszczególnych ruchów. Tym, co ćwiczymy metodą PNF (Proprioceptywne Nerwowo - Mięśniowe Torowanie) jest właśnie mobilność na stabilności. Czyli najpierw konieczne jest stabilne utrzymanie proksymalnych segmentów ciała względem płaszczyzny podporu, a dopiero na tej bazie możemy bezpiecznie wykonywać ruchy częściami dystalnymi. Metoda Feldenkreisa kładzie nacisk na nieustanne wytrącanie i odzyskiwanie równowagi, gdyż to właśnie dynamika wymusza nieustanną kontrolę postawy.

Kiedy przyjrzymy się aktywności seksualnej z tego punktu widzenia to przyznać należy, że dynamiczne balansowanie ciałem w namiętnym uniesieniu jest doskonałą sposobnością odzyskiwania kontroli motorycznej przy jednoczesnym odpuszczaniu kontroli psychicznej.

Komponenty, które są doskonalone w trakcie zbliżenia to:

- zakres ruchomości stawów,
- siła mięśniowa,
- elastyczność struktur ścięgnistych i powięzi,
- stabilność centralna,
- szybkość reakcji włókien nerwowo-mięśniowych,
- wrażliwość układu wzroku na bodźce,
- czucie eksteroreceptywne – powierzchowne,
- czucie proprioreceptywne – głębokie,
- układ przedsionkowy,
- synergia pracy naprzemiennej mięśni,
- równowaga.

### 5.3. CO NAM DAJE CAŁOWANIE?

Całowanie daje przyjemność – to proste. Ale wracając do rehabilitacji neurologicznej sięgnijmy do terapii orofacjalnej. Zarówno w stwardnieniu rozsianym, mózgowym porażeniu dziecięcym, po udarach mózgu, czy w innych schorzeniach dochodzi często do niedowładów lub i zmienionego napięcia mięśniowego w okolicy twarzy, co skutkuje dysfagią – problemami z przelżykaniem, dysartrią – problemami z artykulacją oraz zaburzeniami żucia i mimiki twarzy. Pieszczota okolic czoła, skroni, kąćków oczu, skrzydełek nosa, policzków, kąćków ust i wnętrza jamy ustnej przy pełnym zaufaniu do bliskiej osoby to nie tylko podniecająca gra napiętości z uwielbieniem, ale też stymulacja punktów neuromotorycznych rozsianych na całej twarzy. Gorącymi i głębokimi pocałunkami pobudzamy pożądanie i jednocześnie aktywujemy ruchy języka, ust i żuchwy, usprawniając proces jedzenia

i picia. Tę samą funkcję może pełnić zlizywanie pysznych rzeczy z ciała kochanki/kochanka. Czy można wyobrazić sobie przyjemniejszą rehabilitację domową?



## 6. MOJE CIAŁO SIĘ ZMIENIŁO

Poznanie od nowa własnego ciała jest długim, złożonym i wieloaspektowym procesem. Składa się na niego między innymi zapoznanie z reakcjami ciała, które są odmienne od dotychczasowych. Przykładowo, odmienna reakcja organizmu na wysiłek fizyczny może być spowodowana zaburzeniami funkcjonowania układu autonomicznego, w tym: ograniczeniem przyrostu tętna i liczby oddechów na minutę, niewydolnością systemu termoregulacji, obniżeniem wytrzymałości wysiłkowej, uczuciem zatkałego nosa.

Bardzo istotną jest nauka czytania nowych symptomów płynących z ciała, a będących sygnałami zgłaszanych przez organizm potrzeb, zagrożeń, np.: gęsia skórka na kończynach górnych i/lub wypieki na twarzy mogą informować o przepełnieniu pęcherza moczowego, odczucie przebiegnięcia prądu po kręgosłupie może być sygnałem o konieczności natychmiastowej defekacji, nasilenie spastyczności bywa odpowiedzią organizmu na uraz fizyczny typu ucisk, otarcie. Następuje zmiana odbioru bodźców dotykowych pod względem umiejscowienia, głębokości czucia i sposobu percepcji – dotyk niektórych okolic, dający wcześniej odczucie przyjemności, może sprawiać dyskomfort, przeczulicę, a nawet ból. Występuje również zjawisko „pamięci sensorycznej” polegające na tym, że osoba obserwując dotykany obszar pozbawiony czucia odczuwa dotyk, czyli kontrola wzrokowa pozwala na uaktywnienie kory czuciowej.

Co nie działa tak jak trzeba u Pań:

- obniżone libido,
- zaburzenia orgazmu,

- zaburzenia lubrykacji - suchość pochwy,
- zaburzenia czucia okolic intymnych.

Co nie działa tak jak trzeba u Panów:

- obniżone libido,
- opóźniony wytrysk,
- zaburzenia erekcji,
- zaburzenia czucia okolic narządów rodnych,
- zaburzenia odczuwania orgazmu.

## **6.1. NAJCZĘŚCIEJ ZGŁASZANE TRUDNOŚCI WE WSPÓŁŻYCIU OSÓB ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM**

Na podstawie anonimowych ankiet oraz rozmów indywidualnych, które przeprowadziłam z członkiniami i członkami Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, sporządziłam poniższą listę czynników utrudniających życie seksualne w kolejności częstości występowania:

- problemy urologiczne - pęcherz neurogenny (zaburzenia gromadzenia oraz/lub oddawania moczu – mikcji):
  - a) pęcherz moczowy neurogenny automatyczny (odruchowy) – uszkodzenie powyżej segmentów krzyżowych; pęcherz opróżnia się odruchowo, gdy jest wypełniony, ale część moczu zalega;
  - b) pęcherz moczowy autonomiczny (odnerwiony) – uszkodzenie ośrodka mikcji S2-S4 oraz dróg aferentnych i eferentnych; wzmożona aktywność ścian pęcherza na skutek nadwrażliwości mięśniówki w wyniku odnerwienia;
- niedowłady i porażenia;



- czynniki intrapsychiczne – wewnętrzne ograniczenia dotyczące danej osoby: labilność emocjonalna, niepokój o stan zdrowia, brak akceptacji zachodzących zmian, stany depresyjne;
- spastyczność i klonusy;
- zaburzenia czucia - drętwienia, mrowienia, parestezje, zmiana erotycznej mapy ciała. Następuje migracja stref erogennych, często w okolicę pośrednich zaburzeń czucia;
- brak spontaniczności, konieczność przygotowań zarówno od strony czysto fizycznego zorganizowania odpowiednio przystosowanego miejsca, samodzielnego rozebrania się (co czasem może stanowić problem), bezpiecznego ułożenia ciała, jak też od strony fizjologicznej, czyli kontrola mechanizmu erekcji, działania pęcherza moczowego oraz zaburzeń pracy jelit – defekacji: zaparcia i nietrzymanie stolca. Stymulacja okolicy narządów płciowych może prowadzić do niekontrolowanego oddania kału lub moczu;
- zespół zmęczenia, zmniejszenie siły witalnej;
- kłopoty relacyjne – interpersonalne pomiędzy partnerami;
- obniżone libido;
- ból – neuralgie;
- przykurcze i neurogenne skostnienia okołostawowe;
- trudności w uzyskaniu wzwodu.

## 6.2. CO JESZCZE WPŁYWA NA SEKSUALNOŚĆ W SCHORZENIACH NEUROLOGICZNYCH

Oprócz wyżej podanych trudności na sferę erotyczną mają swój znaczący wpływ czynniki, zdawałoby się mało związane z życiem intymnym, takie jak:

- leki - kortykosteroidy, cytostatyki, przeciwdepresyjne, benzodiazepiny, sympatykolytyki;
- depresja lub/i mania;
- pompa baklofenowa;
- ataksja i zaburzenia koordynacji i równowagi;
- zaburzenia chodu;
- osłabienie siły mięśniowej;
- drżenie zamiarowe lub pęczkowe - w wyniku odnerwienia dochodzi do wyładowań;
- zaburzenia widzenia – przymglenie, widzenie podwójne;
- napady padaczkowe;
- labilność emocjonalna;
- brak samoobsługi i samodzielności;
- objaw Lhermitte’a – uczucie przepływu prądu wzdłuż kręgosłupa i kończyn podczas zginania karku lub tułowia;
- wzmożone odruchy/wypadnięcie segmentalne niektórych odruchów:
  - odruch brzuszny skórny Th6-Th12 – drażnienie skóry brzucha do linii środkowej powoduje jej przesunięcie w stronę drażnienia,
  - odruch z mięśnia dźwigacza jądra L1-L2 – podrażnienie przywodzicieli uda powoduje uniesienie jądra,
  - odruch opuszkowo-jamisty S3-S4 – uszczyknięcie żołądki prąca powoduje skurcz mięśnia opuszkowo-jamistego wyczuwalny u nasady prąca;
- dysrefleksja autonomiczna.

## 7. JAK SOBIE RADZIĆ Z PROBLEMAMI W SFERZE EROTYCZNEJ

Zanik siły mięśniowej na skutek uszkodzeń przewodnictwa w ośrodkowym układzie nerwowym wyraźnie modyfikuje wachlarz pozycji seksualnych. Kreatywność i pomysłowość kochanków pozwala na radosne przeżywanie rozkoszy w różnych, niestandardowych konfiguracjach. Łóżko to nie arena międzynarodowych igrzysk gimnastyki artystycznej, celem aktywności erotycznej nie jest pokaz umiejętności sprawności fizycznej. Intymne spotkanie to sposobność, aby wzajemnie sobie dawać i przyjmować przyjemność, fascynację i pożądanie. Dobór pozycji oraz technik seksualnych w taki sposób, aby było nam wygodnie, bezpiecznie, a jednocześnie ciekawie i podniecająco, leży w zasięgu każdej pary, nawet tej z niedowładami i porażeniami.

Sposobem, który pozwala cieszyć się swoją zmysłowością nie jest skupianie się na tym, co nie wychodzi, a przeniesienie uwagi na odczucia płynące z wzajemnego zafascynowania partnerów.

Uspokojenie pędzących myśli i relaks pozwalają się odprężyć i być tu i teraz w sytuacji intymnej z kochanką/kochankiem.

Są osoby, których poczucie kobiecości/męskości tak mocno podupada na skutek deficytów fizycznych, że nie wierzą w to, iż mogą być dla kogokolwiek atrakcyjnymi kochankami. Wiele akceptacji i miłości trzeba w nie wlać w czasie pracy psychoterapeutycznej, aby podnieść ich poczucie własnej wartości. To, co się dzieje na prowadzonych przeze mnie warsztatach seksualności dla osób żyjących z niepełnosprawnościami

ruchowymi pt. „Kobieta i Mężczyzna zmysłowo zakręcenii” jest właśnie wydobywaniem z głębi osobowości zapomnianego poczucia kobiecości i męskości, które mają szansę na nowo rozkwitać, ku szczęściu i spełnieniu uczestników.

Nikt nie powiedział, że miejsca pozbawione czucia są wyeliminowane z gry miłosnej. Mózg jest wspaniałym organem, który pozwala na wyobrażenie sobie dotyku okolic, które utraciły swoją wrażliwość. Jest też zachowana w korze sensomotorycznej pamięć wrażeń zmysłowych i dlatego przy odpowiednim skupieniu i użyciu wzroku można „poczuć” pieszczotę patrząc, jak partnerka/partner nas czule dotyka w miejsca już czuciowo zapomniane.

Warto informować partnerkę/partnera o konieczności pewnych przygotowań do zbliżenia. Może to być opróżnienie pęcherza moczowego lub/i jelit, zabezpieczenie łóżka gumowanym prześcieradłem, czy podkładem albo zażycie tabletki lub wykonanie iniekcji poprawiającej erekcję. Pewne sytuacje awaryjne należy przewidzieć i porozmawiać o tym z osobą, z którą chcemy przekraczać granice intymności. Pamiętać należy, że swobodne samopoczucie obu stron opiera się również na znajomości reakcji swoich ciał.

Są osoby, które ze zmęczeniem, tak często pojawiającym się w stwardnieniu rozsianym, radzą sobie pijąc kawę lub inne napoje z kofeiną. Sporadyczne stosowanie w przerwach erotycznych uniesień podkręca energię do dalszej zabawy. Na dłuższą metę jest to jednak używka, jak wszystkie szkodliwa i przez swoje działanie moczopędne obniża ciśnienie tętnicze krwi, pomimo chwilowego podniesienia tętna.

Zabawa erotyczna może trwać kilka godzin, wyczerpując kochanków. Przy zwiększonej męczliwości dajmy sobie wzajemnie czas na odpoczynek w trakcie i po miłosnych

wyczynach. Jeśli poinformujemy partnera/kę, że potrzebujemy chwili przerwy, aby zregenerować siły, z pewnością odniesie się do tego ze zrozumieniem.

Czasem kłopotem jest chwilowy brak partnera/ki. Wtedy można zagłębić się w świat doznań autoerotycznych poprzez masturbację, która daje lepsze poznanie własnego ciała, zwiększa świadomość ulubionych pieścizot, a także otwiera drogę do eksperymentowania z nowymi zabawkami, zanim odważymy się wypróbować je z kochanką/iem. Ostrożnie jednak z przyzwyczajeniami, gdyż notoryczna samodzielna stymulacja w jeden określony sposób, warunkuje na tyle silnie, że na skutek desensybilizacji nie będziemy w stanie przeżyć orgazmu z drugą żywą osobą.

Aby seks był udany, ważne jest wzajemne zaufanie kochanków. Łatwiej jest oddać się w objęcia osoby dobrze znanej i kochanej, która akceptuje nasze odmienności, przy której czujemy się swobodnie ze wszystkimi neurologicznymi przypadłościami. Wzajemne uczucie, zrozumienie i sympatia tworzą atmosferę, w której odważnie można przekraczać własne obawy i niedoskonałości. Decyzja o doborze osoby, której powierzamy swój intymny świat, powinna być oparta na pewności, że obie strony wiedzą, czego chcą i na co się godzą.

Nieograniczone możliwości wzajemnego wzmacniania poczucia atrakcyjności daje prawienie szczerych komplementów. Warto zaskakiwać kochankę/a pochwałami nawet za drobiazgi, gdyż one, w połączeniu z błyskiem zachwyty w oczach, jak nic innego budują poczucie kobiecości i męskości. To właśnie w interakcji intymnej z osobą, której ufamy, ma szansę najskuteczniej rozwijać się nasza pewność seksualna. Dlatego bądźmy szczerzy w ciepłych słowach i pomrukach uwielbienia, bo to one, a nie same wyczyny

fizyczne, potrafią zdziałać cuda tworząc atmosferę zmysłowego zadowolenia. Efektem dodatkowym jest to, że u partnerki/a, która/y widzi, jak nam się podoba, jak intensywnie reaguje na nią/niego nasze ciało, że potrafi rozpalić w nas ogień pożądania, powstaje nieodparta chęć powtarzania tych cudownych chwil. Każdy chce być źródłem mocnych doznań osoby, na której jej/jemu zależy. Patrzysz z apetytem na swoją partnerkę/swojego partnera? Zwerbalizuj, że jest bardzo seksowna/y. Jest Wam dobrze w łóżku? Powiedz jej/jemu, że jest wspaniałą kochanką/wspaniałym kochankiem. Być może nigdy wcześniej od nikogo tego nie usłyszał/a! Wygrasz dużo, gwarantuję.

Cieszenie się dobrą relacją erotyczną opiera się przede wszystkim na otwartości i szczerości. Nie trzeba się krygować, ani wstydzić, bo nie ma czego. Chowanie głowy w piasek niczego nie zmieni na lepsze w związku dwojga ludzi. Tylko otwarte mówienie, co jest na rzeczy, w czym tkwi problem, z czym mamy trudności, daje szansę na wspólne znalezienie rozwiązania. Także sygnalizowanie swoich potrzeb i zachcianek umożliwi ich realizację.

Problemy w związku rodzą napięcie. Niestety przeważnie nieerotyczne. Przy nasilonych kłopotach terapia pary jest niezbędna. W międzyczasie można radzić sobie rozmowami z przyjaciółmi i zagłębieniem się w swoje hobby, aby tam rozładować przykre emocje i zaznać nieco ukojenia. Uprawianie sportu wytwarza w organizmie sporo endorfin, które pozwalają bardziej optymistycznie patrzeć na świat. Czytanie ciekawych książek odrywa nas od trudnej rzeczywistości i nawet przy małej sprawności fizycznej daje okazję do przeżywania fascynujących przygód w świecie wyobraźni.



Dla podniesienia romantycznego nastroju można wspólnie zjeść wykwintnie podaną kolację z kieliszkiem wina, jeśli ktoś lubi, wybrać się na spacer po parku, albo obejrzeć film pobudzający przyjemne emocje, czy też powspominać razem niezapomniane przeżycia, które łączą. Miła rozmowa, flirt, czy zmysłowa muzyka w tle skutecznie podkreślają apetyt na skosztowanie bliskości z drugą osobą. Nie tak istotne jest co się robi, tylko w jakim nastroju i że jest to czas spędzony wyłącznie z najbliższą osobą. Dzięki temu możemy bardziej zbliżyć się do siebie.

Ważna kwestia, zwłaszcza w długotrwałym związku, kiedy doszło już do pewnych przyzwyczajzeń i rutyny, to przełamywanie starych schematów. Żeby podnieść temperaturę życia intymnego, trzeba poprosić partnerkę/a, aby od czasu do czasu to ona/on był/a stroną inicjującą seks. Istotnym jest, aby mówić o tym, że chcę się czuć pożądana/y, bo sprawy dnia codziennego czasem zupełnie wymiatają namiętność ze związku, a to jest stan niedopuszczalny. Poproście partnerkę, aby czasem ubrała się dla Was prowokacyjnie. Miłe Panie, pończochy z podwiązkami mogą naprawdę wyzwolić dzikiego ogiera z Waszych zacnych mężczyzn. Zostawcie zapalone światło, przecież wzrok to też zmysł, który wykorzystujemy dla podniesienia estetyki erotyki. Warto popracować ze specjalistą w sferze seksualności, aby zidentyfikować problem i starać się mu zaradzić. Często spojrzenie z zewnątrz fachowym okiem rzuca całkiem nowe światło na sprawę i daje blask nadziei na wyjście ze zdawałoby się beznadziejnej sytuacji.

Istnieją różne sposoby wyrażania miłości. Dla jednych ważna jest więź emocjonalna, czułość i pieśczęty, a dla innych celem jest ognisty seks. Proporcje, w jakich pragniemy

jednego i drugiego są indywidualne i zarazem płynne w czasie. Stąd też konieczność konsultowania i wyczuwania, czego pragnie osoba, na której nam zależy.

Obniżone libido, a co za tym idzie brak zainteresowania sferą zmysłowości, są często efektem przyjmowanych leków. Dlatego warto omówić tę sprawę z lekarzem prowadzącym, aby dobrać inną substancję, która nie ograniczy w takim stopniu potrzeb seksualnych.

Dla zwiększenia elastyczności ciała można w ramach rehabilitacji wykonywać ćwiczenia rozciągające i rozluźniające, obniżające zwiększone napięcie mięśniowe. Przykurcze i ograniczenia ruchomości, powstałe pod wpływem spastyczności z pewnością utrudniają współzycie, dlatego warto dbać o regularne treningi indywidualne bądź grupowe. Sprawność ciała będzie zachowana tym dłużej, im więcej czasu poświęcimy na rozwój ogólnej kondycji fizycznej, ale także ćwiczenia poszczególnych partii mięśniowych odpowiadających za ruchy miednicy i prawidłowe napięcie dna miednicy.

Kiedy spastyczność wyprostna kończyn dolnych jest nasilona, można poprosić partnera/kę o powolne przełamanie napięcia przez ostrożne zgięcie w stawach kolanowych. Przy pewnym kącie ustawienia mięśnie zaczynają się rozluźniać. Wszystko to jest kwestią znajomości reakcji swojego ciała i zrozumienia przez drugą osobę. Również masaż erotyczny i miękki dotyk są w stanie zmniejszyć napięcie w ciele.

Pamiętać trzeba, że sama aktywność seksualna jest najprzyjemniejszą i bardzo skuteczną metodą obniżania spastyczności. Efekt może być tak duży, że zaskoczy nas zupełnie inne zachowanie mięśni po zakończonej zabawie. I tutaj uwaga na transfery łożko – wózek i nagłe wstawanie, bo nogi mogą okazać się całkiem wiotkie.

Na problemy ze wzwodem najbardziej dostępnym lekarstwem są urozmaicone pieścizoty, na przykład fellatio – ssanie, pieśczenie ustami, całowanie, drażnienie językiem, lizanie penisa.

Do lamusa chowamy wszelkie poglądy na temat wyższości orgazmu pochwowego nad łechtaczkowym. W pochwie mamy dwa obszary szczególnie wrażliwe na stymulację: strefę G i okolicę szyjki macicy. Na zewnętrznej części łechtaczki oraz na wejściu do pochwy rozsiane są liczne receptory, których zagęszczenie jest wyższe niż wewnątrz. Dlatego są kobiety, które intensywniej reagują na pieścizoty okolicy sromu niż penetrację pochwy. To jest radosna wiadomość dla panów martwiących się, że ich penis nie osiąga wystarczającej twardości. Naprawdę wzwód jest potrzebny najczęściej Wam, Panowie.

Jeśli zastanawia nas, co jest normą, a co perwersją, zapomnijmy o średnich krajowych i tym, co powiedzą sąsiedzi. W życiu erotycznym normą jest to, co robią ze sobą kochankowie bądź kochanki konsensualnie, za obopólną zgodą i co nie powoduje to uszczerbku na niczym zdrowiu. Wszelkie, nawet najbardziej wymyślne aktywności, które są podjęte przy pełnej świadomości, to znaczy nie pod wpływem środków zmieniających świadomość, przez osoby powyżej 15. roku życia, oraz bezpieczne dla zainteresowanych i otoczenia, są w polskim prawie dozwolone i normatywne. Wyjątek stanowi publiczne uprawianie seksu, nawet jeśli obserwatorom taka atrakcja by się podobała.

Wiedzę na temat zagadnień związanych z seksualnością w stwardnieniu rozsianym lub innych schorzeniach neurologicznych warto nieustannie poszerzać rozmawiając z osobami posiadającymi doświadczenie w pokonywaniu podob-

nych trudności, konsultując się z fachowcami w dziedzinie seksuologii, czytając poradniki lub oglądając filmy czy wykłady naukowe.

Aktywne życie seksualne samo w sobie poprawia naszą wydolność i sprawność funkcji rozrodczych. Prawdziwe jest powiedzenie, że narządy nieużywane zanikają. Tyczy się to również ukrwienia i sprawnego działania penisa oraz łechtaczki i wejścia do pochwy. Dlatego, póki ma się ochotę i możliwości, trzeba śmiało korzystać z uroków zmysłowych igraszek ku obustronnej uciechu kochanków. Wykorzystujmy do maksimum wszystko to, co możemy, żeby jak najdłużej cieszyć się swoją niepoohamowaną, ognistą seksualnością.

## 7.1. HIGIENA OSOBISTA

Najważniejszymi zmysłami, którymi odruchowo odbieramy drugą osobę, są wzrok i węch. Nasz wygląd zewnętrzny ma szansę stać się naszym atutem, kiedy chcemy się komuś podobać. Sposób poruszania się, mowa ciała, postawa, czyste ubranie i uśmiech potrafią rzucić czar już z daleka. A kiedy zbliżamy się do siebie, uruchamia się najstarszy filogenetycznie zmysł – węch, który pełni bardzo ważną funkcję informacyjną.

Podstawą pierwszego wrażenia, jakie robimy na osobach z otoczenia, jest czystość i zapach, jaki się wokół nas unosi. Codzienna kąpiel jest niezbędną dla utrzymania podstawowej higieny. Pamiętajmy również o częstym myciu włosów, bo o ile puszysta, pachnąca odżywką czupryna zwiększa naszą atrakcyjność, o tyle tłuste, posklejane kluski na głowie

wręcz odstręczają. Warto również systematycznie czyścić uszy, obcinać paznokcie oraz balsamować skórę w miejscach, gdzie lubi się wysuszać. Szorstkie dłonie z brudem za pazurami nie są najmiłszym narzędziem pieczęci.

Marzymy o całowaniu? Nie bądźmy żabą o nieświeżym oddechu. Myjmy często zęby, bo smak przegniłych resztek z kolacji, przepalonych papierosów czy marihuany albo wypitego alkoholu z pewnością nie są oszałamiającymi afrodyzjakami, a mogą skutecznie obrzydzić wdzięk nawet najgościszego pocałunku.

Co golić? Panie nogi dla urody, bikini również dla higieny, szczególnie przed miesiączką. Golenie pach ma swoje uzasadnienie nie tylko estetyczne, ale także zapobiega namnażaniu bakterii, które wydzielają ostry, przykry zapach potu. Panowie okolice intymne golą według gustu, chociaż pragnę zwrócić uwagę, że penis wydaje się dłuższy, gdy nie zasłaniają go włosy łonowe.

W schorzeniach neurologicznych dochodzi do dysfunkcji nie tylko somatycznego, ale i autonomicznego układu nerwowego. A ten z kolei, dzieląc się na dwie przeciwstawne części: współczulną i przywspółczulną, reguluje pracę wszystkich narządów wewnętrznych. Dlatego w stwardnieniu rozsianym, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, czy po udarach mózgu mamy do czynienia z tak zwanym pęcherzem neurogennym, czyli gromadzenie i wydalanie moczu odbywa się w sposób zaburzony. Skutkiem tego dochodzić może do nietrzymania lub zatrzymania moczu. Sposobami radzenia sobie z problemem mogą być: samocewnikowanie przerywane, używanie cewnika zewnętrznego lub materiałów chłonnych pod postacią kieszonek męskich, wkładek, podpasek, pampersów i pieluchomajtek. Korzystając z cew-

nika zewnętrznego typu uridom, który jest zakładany na członek, pamiętać należy, że golenie wokół penisa jest niezbędne, gdyż najmniejszy nawet włos, który dostanie się pod cewnik, powoduje jego nieszczelność, a co za tym idzie – przykrą awarię w ciągu dnia.

Zaburzona praca autonomicznego układu nerwowego wpływa również na odmienną termoregulację. Wysokie temperatury otoczenia są najbardziej dotkliwe dla osób ze stwardnieniem rozsianym, u których powodują wyjątkowy stan zmęczenia uniemożliwiający najprostszą aktywność. Natomiast u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego na poziomie szyjnym i wysokim piersiowym dochodzi do przegrzania organizmu z powodu braku wydzielania potu, który jest naturalnym sposobem chłodzenia ciała. W takich przypadkach sprawdzonymi sposobami są wilgotne koszulki i spryskiwacze z wodą na głowę i kark.

Osoby, które z powodu nasilonej spastyczności mają przykurcze, muszą ze szczególną uwagą dbać o okolice trudno dostępne: wewnątrz dłoni, przestrzeń pomiędzy palcami dłoni i stóp, zgięcie łokcia, pachwiny, dół podkolanowy. Ze względu na brak dostępu powietrza może dochodzić tam do odparzeń, które później gorzej się goją.

Odleżyny i rany są również odrębnym zagadnieniem, o którym tylko wspomnę. Pamiętać należy o tym, że przy braku czucia w chorobach neurologicznych w trakcie ognistej akcji seksualnej możemy nie zauważyć, że doszło do otarć lub niedowładna kończyna dolna została uderzona. Mimo skupienia na doznaniach erotycznych trzeba zachować czujność, gdyż gojenie uszkodzeń naskórka przebiega bardzo opornie.



## 8. CO NAS PODNIECA?

Seks może być piękny, zmysłowy i gorący niezależnie od poziomu naszej sprawności. Żeby podgrzać atmosferę w buciarze wystarczy odrobina fantazji i nieco pikanterii. Dla moich respondentów najskuteczniejszymi afrodyzjakami są:

- nastrój sprzyjający uniesieniom,
- miłość,
- delikatność,
- kiedy ona/on się śmieje,
- kiedy partner/ka epatuje spokojem,
- świetny wygląd,
- sposób poruszania się,
- kołysanie biodrami,



- przeciąganie się,
- spojrzenie,
- patrzenie w oczy,
- kiedy ona/on pożera mnie wzrokiem,
- piękny zapach,
- zapach ulubionej wody toaletowej,
- głos,
- podniecająca rozmowa,
- czułe słowa wypowiedziane szeptem na ucho,
- kiedy ona/on się rozbiera zmysłowo,
- uważność kochanki/a,
- dłonie,
- delikatne głaskanie,
- biodra,



- gra wstępna,
- przytulanie,
- buziaki,
- całowanie,
- całowanie piersi,
- dotyk,
- początek gry miłosnej w innym miejscu niż sypialnia,
- kąpiel,
- mycie włosów,
- zabawa włosami,
- mokre włosy partnerki na klatce piersiowej i szyi,
- smyranie,
- kiedy partnerka/partner oczekuje pieszczot swoich piersi i części intymnych,
- aktywność kochanki/kochanka,
- pieszczenie,
- pieszczota klatki piersiowej, sutków,
- pieszczota pośladków,
- kiedy ona pieści członek, jądra i okolice za jądrami,
- seks w samochodzie,
- namiętne jęki i odgłosy świadczące o podnieceniu i pożądaniu,
- całowanie penisa,
- seks oralny – stymulacja ustami i językiem łechtaczki, warg sromowych, penisa, jąder, odbytu,
- miłość francuska jednostronna lub wzajemna w pozycji 6/9,
- gryzienie i drapanie,
- pikantne słowa w trakcie akcji,
- doprowadzenie dłońmi kobietę wielokrotnie do szczytu.

## 9. TERAPIA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

Polacy krępują się rozmawiać z własną żoną lub mężem o tym, co sprawia im przyjemność w sypialni udając, że życie seksualne jest dla nich nieistotne. A już zaakceptowanie faktu, że osoba poruszająca się na wózku może mieć fantazje erotyczne, jest nie do pomyślenia. Na zadowolenie z życia wpływa zarówno zdrowie fizyczne, psychiczne, jak i seksualne. Stąd też rehabilitacja seksualna ma wpływ na odzyskanie równowagi psychofizycznej.

Niezależnie od tego, jakie są przyczyny występujących trudności, wszyscy zasługujemy na to, aby uczyć się je pokonywać i przeżywać radość uniesienia i spełnienia. Związek dwojga ludzi jest miejscem na rozmawianie o problemach, przezwyciężanie ich i wspólne przeżywanie satysfakcjonującej seksualności. Bliskość w związku uczuciowym jest wprost proporcjonalna do umiejętności wzajemnego słuchania i zrozumienia. Prawdziwe słuchanie wymaga wyciszenia umysłu, otworzenia serca i zadawania pytań pogłębiających, które świadczą o żywym zainteresowaniu przeżyciami i punktem widzenia drugiej osoby. Ma to ogromny wpływ na nasze życie, zwłaszcza jeśli jest utrudnione przez dysfunkcje neurogenne. Umiejętność wsłuchania się w czyjś problem jest niezbędna, abyśmy go poznali, oswoili się z tym, co nowe, nieznane, zaskakujące, wzbudzające lęk i razem poszukiwali sposobów poradzenia sobie z trudnościami.

Aby człowiek, którego dotknęło stwardnienie rozsiane, uraz rdzenia kręgowego, czy udar mózgu odzyskał wiarę w swoją kobiecość/męskość musi uwierzyć, że nadal może być atrakcyjną partnerką/atrakcyjnym partnerem. Mężczyź-

ni często zapominają, że same pieszczoty mogą zaspokoić kobietę. Ci, którzy są po przejściach zdrowotnych, mobilizują swoją inteligencję seksualną, aby stać się lepszymi kochankami. Starają się na różne sposoby sprawiać rozkosz partnerce, zwracają większą uwagę na to, co ją podnieca, budują bliskość przytulając, głaszcząc. Odkrywają przyjemność seksu oralnego i zabawy gadżetami z sex shopu.

Nowe obszary erotyki to muskanie szyi, całowanie karku, skóry za uszami. Stereotypy mówią, że osoba w niepełnosprawnością nie ma szansy znaleźć kogoś, kto by ją pokochał i pożądał. A przecież każdy ma prawo do szczęścia i bliskości seksualnej. Osoby, które darzą się silnymi uczuciami, uczą się wspólnie pokonywać trudności, również te związane z niepełnosprawnością.

Sternberg wymienia uczucia i działania składające się na intymność:

- dbanie o dobro partnerki/ra,
- przeżywanie szczęścia w obecności partnerki/ra,
- szacunek,
- zrozumienie,
- wzajemne wsparcie i pomoc,
- wymiana intymnych informacji,
- umiejętność komunikacji.

Wszelkie zaburzenia neurologiczne mają wpływ zarówno na osobę, której dotyczą bezpośrednio, jak i na jej partnera/partnerkę. Z tego powodu, jeśli pacjent pozostaje w stałym związku, terapia powinna być ukierunkowana na parę. Leczenie, aby było skuteczne, powinno obejmować pomoc psychologiczną, porady seksuologiczne, treningi kinezytoterapeutyczne i farmakoterapię.

Kobiety i mężczyźni po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego mają do dyspozycji wiele różnorodnych form uprawiania sztuki miłosnej, dzięki którym osiągają (zarówno oni, jak i ich partnerki/partnerzy) radość, przyjemność i zadowolenie, np.: seks oralny, a w tym cunnilingus, penetracja waginalna palcami, dildo lub przy użyciu wibrujących rękawiczek, fantazje erotyczne, dawanie i otrzymywanie informacji zwrotnych na temat atrakcyjności swojej i kochanki/a oraz wzrastającego pożądania, poznawanie wzajemnych potrzeb i oczekiwań, większa otwartość i szczerość w rozmowach o uczuciach, budowanie bliskości emocjonalnej, wykorzystanie kreatywności, użycie różnych sprzętów typu poduszki, podpórki, podwieszenia, seks tantryczny.

Aktywność seksualna wpływa na stan fizyczny osób ze stwardnieniem rozsianym. Przeżywanie orgazmu wpływa na obniżenie spastyczności.

Każda osoba mająca styczność z osobami, które mają problemy neurologiczne powinna umieć doradzić:

- możesz uprawiać seks – będzie inaczej, nie znaczy gorzej,
- zaakceptuj siebie i poznawaj swój potencjał,
- eksperymentuj, otwórz się na nowe doznania,
- czerp satysfakcję z dawania rozkoszy,
- koncentruj się na tym, co sprawia przyjemność, a nie na akrobatycznych pozycjach i orgazmie,
- twój zadbany wygląd i higiena osobista mają znaczenie,
- uwierz w siebie i swoje kobiece/męskie atuty,
- wykorzystuj gadzety erotyczne,
- korzystaj z pomocy specjalistów.



Ludzie na wózkach inwalidzkich postrzegani są często jako osoby aseksualne, a przecież przepuklina oponowa-rdzeniowa, mózgowe porażenie dziecięce, czy uraz kręgosłupa nie powoduje zaniku potrzeby miłości i bliskości z drugim człowiekiem. Potrzeby seksualne osób niepełnosprawnych zostały zauważone np. w Holandii, gdzie w ramach refundowanych procedur rehabilitacyjnych świadczone są dla tej grupy usługi seksualne.

## 9.1. PSYCHOTERAPIA

Stres związany z pojawianiem się symptomów choroby powoduje zaburzenia psychomotoryczne i utratę niektórych funkcji w wyniku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Jeśli zbyt dużo problemów spada na głowę lub związek, już samo to, że para przeżyła kolejny dzień, zasługuje na medal. Pamiętać należy, że każde zaburzenie zdrowotne jednej osoby wpływa na cały układ rodzinny i dotyczy wszystkich jej członków, którzy w lepszy lub gorszy sposób muszą sobie z zaistniałymi zmianami poradzić. Dlatego tak istotnym jest objęcie pomocą również najbliższych osób pacjenta/ki.

Zadaniem psychoterapeuty jest:

- łagodzenie symptomów,
- rozwijanie umiejętności funkcjonowania w zaistniałym stanie fizycznym,
- rozwijanie nowych umiejętności,
- nauczenie dostosowania do nowych okoliczności życiowych,
- uzyskanie dostępu do wewnętrznych zasobów pacjenta,
- budowanie motywacji do usprawniania,

- redukcja lęków, obaw i stresu,
- nauka budowania bliskich relacji dających wsparcie.

W psychoterapii osób ze stwardnieniem rozsianym i innymi schorzeniami neurologicznymi bardzo istotne są:

- w okresie ostrym – pomoc w przetrwaniu każdego dnia,
- eliminowanie rozmyślania o sprawności sprzed choroby/wypadku,
- podkreślanie postępów od czasu rzutu/urazu i wzmacniania sukcesów,
- sięganie do zasobów czyli mocnych stron osoby,
- zwracanie uwagi na pozytywne cechy charakteru,
- uświadamianie o istnieniu w pacjencie sposobów radzenia sobie z trudnościami i zachęcanie do ich wykorzystania,
- podtrzymywanie wiary w siebie,
- wspieranie samodzielności dającej poczucie sprawczości i zwiększającej poczucie własnej wartości,
- ułatwienie stopniowej adaptacji,
- pomoc w identyfikacji tożsamości – nadal jestem tą samą osobą mimo, że poruszam się inaczej,
- korygowanie myśli i przekonań – terapia kognitywna,
- pogłębienie wglądu we własny stan psychiczny,
- nauczenie rozładowywania emocji i stosowanie technik relaksacyjnych,
- nabranie dystansu do siebie i sytuacji, na które nie ma się wpływu.

### 9.1.1. TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

Celem nadrzędnym terapii jest praca z utrwalonymi problemami emocjonalnymi, które powstały w dzieciństwie. Terapeuta zaspokaja potrzeby pacjenta, które nie zostały zaspokojone, kiedy ten był dzieckiem. Zaburzenia interakcji z ważnymi osobami powodują powstanie dysfunkcyjnych schematów i sposobów radzenia sobie w dalszym życiu. Potrzeby, które bywają deprawowane we wczesnym dzieciństwie to: bezpieczeństwo, przewidywalność, miłość, opieka, uwaga, ochrona, akceptacja, empatia, autonomia, granice, uznanie uczuć i potrzeb, spontaniczność i zabawa. Wszystkie one mają wpływ na to, jak tworzymy relacje w dorosłym życiu. Trudno jest angażować się w związek, jeśli kojarzy on się nam z czymś niebezpiecznym i zagrażającym. Osoby, których rodzice wykazywali nieprzewidywalne reakcje, nie umieją zaufać drugiemu człowiekowi. Ci, którzy nie doznali bezwarunkowej miłości od figury przywiązania nie wierzą, że w ogóle są jej warci. Czyje granice były przekraczane, ten sam będzie przekraczał czyjeś lub nie będzie umiał obronić swoich. Jeśli rodzice nie uznawali uczuć dziecka, to jako dorosły, nie ma on wykształconego zaufania do swoich odczuć. Jeśli potrzeby były ignorowane, młoda osoba dowiedziała się, że to czego chce jest nieważne, albo w ogóle nie ma pojęcia, czego potrzebuje dla siebie. Dzieci, którym nie wolno było głośno śmiać się i bawić, będą miały problem w życiu dorosłym z wydobyciem z siebie spontanicznej radości.

Jak widać z powyższego wszystko to ma wpływ również na sferę erotyczną. Trudno jest tworzyć udaną relację przy dużych deficytach emocjonalnych. Już samo ustalanie oczekiwań i poszukiwanie części wspólnej tego, co „ja chcę” i „ty chcesz” bywa wyzwaniem. Dlatego warto wcześniej za-

dbać o dobry kontakt z samym sobą, żeby móc skutecznie komunikować się z drugą osobą.

### **9.1.2. PSYCHOEDUKACJA**

Relacja terapeutyczna jest bezpieczną przestrzenią, w której można uzupełnić braki stojące na przeszkodzie budowania udanych związków. Kluczem do sukcesu jest zaufanie i otwartość na wprowadzanie rozwojowych zmian. Terapeuta pełni rolę korektywnego rodzica, przy którym uczucia i potrzeby wewnętrznego wrażliwego dziecka pacjenta są dostrzegane i zaspokajane. Dzięki rozmowie z psychologiem można zwiększyć swoją samoświadomość, zrozumieć, dlaczego zachowujemy się tak, a nie inaczej, skąd biorą się w nas dane reakcje emocjonalne i, co bardzo istotne, jak nasze problemy objawiają się w ciele, bo to ono jest nośnikiem bardzo ważnych informacji o naszej psychice.

### **9.1.3. RESTRUKTURYZACJA POZNAWCZA**

Wcześniejsze doświadczenia w związkach wpływają na to, jakie myśli pojawiają nam się w głowie na hasło „seks”. Jeśli na przykład mężczyźnie przytrafiła się sytuacja zaburzenia erekcji, a ma wewnętrzne przekonanie: „Pełnowartościowy mężczyzna zawsze powinien mieć gotowy wzwód na żądanie”, to przy następnej próbie odbycia stosunku jest poddany silnej presji i bynajmniej nie są to oczekiwania partnerki, lecz jego własne wymagania w stosunku do siebie. Skoro wcześniej coś poszło nie tak, a mogło to być spowodowane różnymi czynnikami (od niskiej atrakcyjności obiektu począwszy, na spożyciu alkoholu skończywszy), to rodzi się obawa „Tym razem też nie osiągnę erekcji”. Co robi w tej sytuacji mężczyzna? Często rezygnuje ze współ-

życia. Jednocześnie lęk narasta i de facto wzrodu nie ma. Tego typu fałszywe przekonania można przekształcić na terapii w taki sposób, aby nie blokowały aktywnego funkcjonowania w sferze erotycznej.

#### **9.1.4. TRENING MOTYWACYJNY**

Istotny jest wgląd we własne marzenia i cele, które przed sobą stawiamy, a także wydobycie swoich zasobów, które pomagają nam je osiągać pomimo trudności. Pierwszym krokiem jest podjęcie decyzji, że chcemy coś zmienić, ulepszyć. I poruszanie się na wózku nie zwalnia nas z działania. Wręcz wymaga zmierzenia się ze swoimi ograniczeniami. Obawy są naturalnym zjawiskiem, kiedy wychodzimy poza strefę komfortu, a jednocześnie powiedzenie sobie: „Chcę i robię” jest kluczowym momentem. Szukanie wymówek typu: „Za mało mogę” ogranicza nas i pozbawia możliwości rozwoju i korzystania z życia. Zaczynamy działać z tym, co mamy dziś. I to jest bardzo ważne, żeby nie skupiać się na utraconych możliwościach, tylko na swoich mocnych stronach. Trzeba wyraźnie określić swoje kompetencje, żeby podejmować takie działania, w których będziemy skuteczni. Ryba nie będzie chodziła po drzewach, ale świetnie pływa w wodzie. Trzeba umieć wykorzystać swoje talenty we właściwych aktywnościach. Każdy z nas ma naturalne predyspozycje, trzeba je znaleźć i doceniać. Wiara w to, że mam mocne strony jest motorem do działania. Ta świadomość jest niezwykle ważna.

Warto sobie także zadać pytanie „Po co robię to, co robię?”. Wizja przyszłości: „Co chcę robić w życiu?”, „Jak ma wyglądać mój związek?” jest potrzebna zwłaszcza w sytuacjach zwątpienia. Wtedy przypomina, dokąd zmierzamy.

„Dlaczego moja rodzina jest dla mnie ważna?”, „Co mi daje fajny seks?”. Marzenia są do realizacji teraz. Zwłaszcza, kiedy chorujemy na schorzenie postępujące. Teraz jest ten właściwy moment na działanie. Później nie będzie łatwiej. Małymi krokami dążymy do swojego celu i nagradzamy się za realizację każdego etapu. Celebrowanie przyjemnych momentów z bliską osobą daje niezwykle wzmocnienie. Sukcesem może być nawet drobny postęp w kierunku, który obraliśmy. I pamiętajmy o tym, że porażka jest cenną lekcją, którą warto wykorzystać do dalszego samorozwoju. Trzeba umieć wybaczać błędy zarówno sobie, jak i partnerce/rowi.

### 9.1.5. WIZUALIZACJA

Przydatne jest wyobrażanie sobie przyszłości po osiągnięciu zamierzonych celów – „Jak się będę czuła, kiedy moje marzenie zrealizuję”, „Gdzie wtedy będę”, „Jak to wpłynie na moje życie”.





### 9.1.6. RADOŚĆ I ZABAWA

Dla rozwijania umiejętności przeżywania przyjemności seksualnej istotna jest nie tylko świadomość ciała, ale również zwracanie uwagi na te aktywności, które pobudzają w nas szczęśliwe dziecko i stosowanie ich w codziennym życiu. Beztroska i pomysłowość niezmacona myślami o tym, co wypada, a czego nie wypada robić, jest warunkiem koniecznym do radosnego przeżywania uniesień i wypróbowywania nowych pomysłów, wrażeń, doznań.





### 9.1.7. KOMUNIKACJA SEKSUALNA

Nawiązywania relacji intymnych można się nauczyć. Trening flirtowania, kuszenia oraz właściwego interpretowania zachowań i języka ciała to także element rehabilitacji seksualnej.

Istotne też jest, żebyśmy potrafili mówić naszej partnerce/partnerowi, jakie emocje w nas wyzwała, jak czuliśmy się podczas zbliżenia i po nim, co nam się szczególnie podobało, a czego nie mamy większej ochoty powtarzać. Informacja zwrotna po akcie seksualnym to piękny i drogocenny prezent, na którego stać tylko mistrzynię i mistrzów sztuki miłosnej. Jest darem dla drugiej osoby mówiącym nie tylko wiele o nas samych, ale też o tym, co czerpiemy z tej relacji i kim dla nas jest kochanka/kochanek. To taka wisienka na torcie udanego seksu.

## 9.2. FARMAKOTERAPIA ZABURZEŃ EREKCJI

- **Johimbina** - wyciąg z drzewa afrykańskiego poprawiający ukrwienie prącia o 20%, nie zwiększający libido; w dawce 5,4 mg 3 razy dziennie;
- **Inhibitory fosfodiesterazy-5**, przyjmowane doustnie: sildenafil (20-100 mg, zażyć 0,9 godziny przed penetracją, działa 3,6 godziny), wardenafil (20 mg, zażyć 0,9 godziny przed penetracją, działa 3,9 godziny), tadanafil (20 mg, zażyć 2 godziny przed penetracją, działa 17,5 godziny), awanafil (200 mg, zażyć 0,6 godziny przed penetracją, działa 6-17 godzin, najmniej działań niepożądanych).  
Inhibitory fosfodiesterazy-5 zwiększają zawartość wewnątrzkomórkową cyklicznego monofosforanu

guazyny, syntezę tlenu azotu, który rozluźnia mięśniówkę naczyń krwionośnych penisa, gruczołu krokowego, wypieracza pęcherza moczowego oraz cewki moczowej, zmieniają szlaki odruchów i neurotransmisji, zmniejszają zapalenie stercza i pęcherza, pozwalają utrzymać erekcję po stymulacji seksualnej. Przeciwwskazane są u osób stosujących nitraty i inne leki hipotensyjne – obniżające ciśnienie krwi tętniczej, z chorobami serca, przebyłym zawałem lub udarem, chorobą wieńcową, niewydolnością krążenia > NYHA 2, niewydolnością wątroby lub nerek. Działania niepożądane: ból głowy, uderzenia gorąca, refluks żołądkowo-przełykowy, niestrawność, przekrwienie śluzówki nosa – uczucie zatkanego, widzenie w kolorze niebieskim, ból pleców, bóle mięśni;

- L-arginina - zwiększa syntezę tlenu azotu, niewielki efekt;
- Nitrogliceryna w postaci tabletek podjęzykowych lub żelu do smarowania penisa – zwiększa ponad 30% przepływ krwi. Działaniem ubocznym jest wzrost ciśnienia krwi w mózgu i bóle głowy, również u partnerki;
- Papaweryna - w iniekcjach do ciał jamistych maksymalnie raz na dwa tygodnie. Wydłuża erekcję dwukrotnie;
- Prostaglandyna E1- dolewkowo lub do ciał jamistych prącia. Działaniem ubocznym może być priapizm utrzymujący się ponad dwie godziny, który może prowadzić do uszkodzenia członka. Po sześciu godzinach należy podać adrenalinę w iniekcji;
- Apomorfina - liczne objawy niepożądane;
- Fentolamina w iniekcjach;

- Inhibitory cholinoesterazy;
- Nifedypina;
- Trazdon 100-200 mg wieczorem. Wywołuje priapizm – bolesny wzwód członka.

### 9.3. URZĄDZENIA WSPOMAGAJĄCE

- Pompka pneumatyczna,
- Proteza członka – implanty półsztywne i hydrauliczne.

### 9.4. METODY FIZYKOTERAPEUTYCZNE

- elektrostymulacja ośrodków obwodowych 5-25V, 100-600mA,
- gammoterapia kwantowa – użycie promieniowania UV w celu zwiększenia ilości neuroprzebieżników,
- pole magnetyczne – 50 Hz, 24’,
- stymulacja transcerebralna,
- mechanoterapia wibracyjna 70-100 Hz 30-60’’,
- erektryki próżniowe z gumowym pierścieniem. Skuteczność 70-94%. Działaniem ubocznym może być uszkodzenie ciał jamistych, drętwienie, ból i otarcia.

### 9.5. TERAPIA BEHAWIORALNA

- kształtowanie samoobsługi i samodzielności w każdej dziedzinie życia;
- nauka radzenia sobie z zaburzeniami mikcji i defekacji;

- tworzenie mapy ciała – miejsc, których dotyk sprawia przyjemność i takich, gdzie zaburzenia czucia wywołują przeculicę (np. okolica na wysokości uszkodzenia rdzenia);
- poznawanie nowopowstałych stref erogennych – np. mężczyźni po uszkodzeniu rdzenia mają przeniesione strefy intymne w okolice szyi, karku, uszu, sutków, na których nawet delikatne dmuchnięcie powoduje bardzo silne doznania erotyczne i uczucie przebiegnięcia prądu wzdłuż kręgosłupa. Ale także penis, jądra i okolica krocza są u wielu panów erogenne, pomimo braku czucia powierzchownego;
- należy również zwrócić uwagę na pamięć dotykową – w strefie pozbawionej czucia mężczyzna odczuwa bodźce stymulujące, kiedy je widzi. Dlatego tak ważne jest, aby klient mógł obserwować partnerkę i siebie w akcie seksualnym;
- koncentracja na doznaniach zmysłowych, pieszczotach;
- testowanie różnych form i siły pobudzania (językiem, palcami, członkiem, dildo, piórkiem);
- zmiana kierunku, rytmu i pozycji;
- pozakoitalne aktywności seksualne uświadamiające mężczyźnie, że równie łatwo może doprowadzić kobietę do orgazmu przy pomocy stymulacji manualnej bądź oralnej;
- metoda miodowego miesiąca z dotykiem i pieszczotami, ale bez odbywania stosunków;
- stopniowa aktywność seksualna;
- stosunki inne niż dopochwowe (oralne, udowe, analne);
- stosowanie gadżetów erotycznych;
- partner zastępczy/asystent seksualny.

## 9.6. METODY KINEZYTERAPEUTYCZNE I TRENINGI SEKSUALNE

- trening świadoćności seksualnej;
- systematyczna desensybilizacja;
- rozpoznawanie stref erogennyh;
- treningi relaksacyjne;
- masaż erotyczny;
- szkoła Helen – Kaplan – usuwanie nieprawidłowych nawyków, przewarunkowanie awersyjne;
- treningi masturbacyjne;
- ćwiczzenia mięśni Kegla;
- wzmacnianie mięśni biorących udział w ruchach frykcyjnych;
- trening ucisku;
- trening Stop – Start;
- szkoła Masters – Johnson – problem seksualny dotyczy obojga partnerów i razem poddaje się ich terapii mającej na celu obniżenie niepokoju spowodowanego brakiem wzwodu czy orgazmu;
- metoda ułożenia ginekologicznego (MUG);
- trening seksualny pary wg Kratochvila – składający się z siedmiu etapów trening doznawania rozkoszy w parze ćwiczony świadoćność reakcji własnego ciała i reagowania czytelnego dla partnera;
- metoda stosunku udowego;
- metoda przedłużenia linii pochwy – podczas ruchów frykcyjnych partnerka zaciska dłoń na członku zwiększając ilość bodźców;
- treningi autostymulacyjne w celu poznania nowej mapy ciała. Pozwalają uświadoćnić sobie oraz part-

nerce pobudliwość oraz reakcje seksualne na dotyk i pieszczotę. Odkrywanie miejsc szczególnie zmysłowych, a także rodzaju dotyku, który je pobudza, daje możliwość pozbycia się lęków, stopniowej akceptacji zmian, które zaszły w ciele oraz przeżywania przyjemności z kontaktów erotycznych. Trening można przeprowadzać indywidualnie, bądź wspólnie z partnerką/partnerem;

- sensate fokus – stymulacja czuciowa, wizualna, węchowa, mechaniczna. Wskazane jest stosowanie bodźców o różnym charakterze i natężeniu, a także eksperymentowanie z przedmiotami pomocniczymi takimi jak pióra, kostki lodu czy wibratory.



## 10. ZANIM ODDAMY SIĘ EKSTAZIE, CZYLI O BEZPIECZEŃSTWIE

Niezabezpieczone stosunki seksualne z osobą zakażoną to tylko wierzchołek góry lodowej o nazwie infekcje przenoszone drogą płciową. Ale zanim dojdę na szczyt, zacznijmy od sytuacji, które większości z nas przytrafiają się częściej niż przygodny seks. Toaleta publiczna, basen, wanna z hydromasażem, sauna, łóżko hotelowe, a nawet siedzenie w autobusie są siedliskiem bakterii, grzybów i stawonogów, które oczekują na żywiciela. Takie czynności, jak zmiana podpasek, tamponów, kubeczków menstruacyjnych, depilacja, czy jazda na rowerze zakończona otarciami naskórka są potencjalnymi momentami transmisji drobnoustrojów. Szczoteczka do zębów, ręcznik, golarka, grzebień, nożyczki do paznokci, gąbka, dildo, wibrator oraz ręce mogą przenosić cuda, o których nie śniło się dziewczicom i prawiczkom.

Nie trzeba uprawiać seksu, żeby złapać:

- wirusy:
  - HIV (ludzki wirus niedoboru odporności),
  - HCV (zapalenie wątroby typu C),
  - HPV (brodawczak ludzki, kłykciny kończyste, rak),
  - HBV (zapalenie wątroby typu B),
  - HAV (zapalenie wątroby typu A – żółtaczka pokarmowa),
  - HSV (opryszczka wargowa twarzy i narządów płciowych),
  - pokswirusy (mięczak zakaźny);
- bakterie: krętek błady (kiła), chlamydia, gonokoki (rzeżączka), bakterie beztlenowe (zapalenie pochwy);
- grzyby: drożdże (kandydoza);



- pasożyty: rzęsistek, wesz, świerzb.

A wracając do zbliżeń seksualnych, zakaźne są płyny ustrojowe: krew, ejakulat, preejakulat, wydzielina z pochwy, płyn mózgowo - rdzeniowy, płyn stawowy, mleko, ślina, mocz, kał. Miejsca szczególnie narażone na transfer infekcji to: uszkodzona lub zmieniona skóra oraz błony śluzowe, jama ustna, pochwa, penis, odbyt, jama nosowa, cewka moczowa, rowek podżołądny, napletek, pod powiekami, ucho wewnętrzne. Łatwo z tego wywnioskować, że każda forma uprawiania seksu posiada jakiś potencjał zakażenia. Zważywszy na fakt, że nosicielstwa ani chorób w okresie utajenia nie widać, rozsądnym jest traktowanie siebie oraz każdej osoby o nieznanym statusie serologicznym jako potencjalnego źródła infekcji, a co za tym idzie – zabezpieczanie siebie oraz kochanej osoby.

Odpowiedzialny seks to także informowanie wszystkich swoich partnerów o posiadanych zakażeniach, gdyż na skutek niewiedzy zakażenia są przenoszone na kolejne osoby, które pozbawione są w ten sposób szansy na leczenie. Zgodnie z obecnie obowiązującym prawem osoba zakażona HIV ma obowiązek poinformowania o swoim zakażeniu tylko obecnego partnera seksualnego. Ze względów etycznych właściwym jednak byłoby informowanie osób, z którymi współżyliśmy, nawet o tych stosunkowo mniej groźnych chorobach, jak np. świerzb czy opryszczka, zwłaszcza, że czasem trudno je właściwie zdiagnozować, a tym samym szybko wyleczyć.

Jak zatem zadbać o bezpieczeństwo przy zbliżeniach? O rękawiczkach i męskiej prezerwatywie każdy słyszał, są również damskie, oralne i analne oraz chusteczki lateksowe do pocałunków i seksu oralnego. Nie przenosząc płynów

ustrojowych na śluzówki, zwłaszcza te uszkodzone podczas ognistych igraszek, sprawę wirusów mamy względnie opionowaną. Bakterie i grzyby zagrażają nam już w kontakcie skóra – skóra, a pasożyty przejdą nawet po pościeli. Dlatego uważajmy, gdzie siadamy i wkładamy, bo zagrożeń nie widać, choć są wszędzie, a konsekwencje nieodpowiedzialności ponosi się nie raz do końca życia.





## 11. PODSUMOWANIE

Każdy Człowiek jest seksualny. Każda Istota Ludzka jest sensualna. Sfera erotyki i seksu jest ważną częścią egzystencji kobiet i mężczyzn ze stwardnieniem rozsianym i innymi chorobami ośrodkowego układu nerwowego. Są to głównie młodzi ludzie u progu życia, którzy pragną w pełni z niego korzystać i spełniać się w wielu rolach społecznych, również seksualnej.

Dysfunkcje neurologiczne stwarzają wiele problemów na drodze do realizacji tego celu. Zaburzenia erekcji są jednym z nich. Jednakże współczesna medycyna posiada metody i środki, które mogą przywrócić sprawność seksualną. Aby móc w pełni cieszyć się życiem erotycznym konieczne jest również uregulowanie funkcji urologicznych, wydalniczych, samoobsługi i poznanie reakcji swojego ciała. Dlatego niezwykle istotnym jest, aby wszyscy członkowie szeroko pojętego zespołu rehabilitacyjnego posiadali niezbędną wiedzę z zakresu seksualności osób niepełnosprawnych i umieli pomóc swoim pacjentom czerpać radość i satysfakcję z tej dziedziny życia.

Pamiętać należy, że podstawą udanego życia erotycznego są wzajemna akceptacja, szacunek, serdeczne odnoszenie się do siebie i bliskość partnerów. Deficyty neurologiczne, które u każdej z osób występują w innej konfiguracji i natężeniu, nadają pewną niepowtarzalność i oryginalność personalną. Każdy, kto choruje na stwardnienie rozsiane czy inne schorzenie, może wypracować swój własny styl zmysłowego funkcjonowania i być atrakcyjny dla innych. Seksualność wyzwala z niepełnosprawności!





## BIBLIOGRAFIA

- Leszczyńska Kurzawa A. *Techniki poznawcze*; Inter Ego; Warszawa 2019.
- Rozmysłowicz M. *Seks w SM i innych schorzeniach neurologicznych*; badanie własne 2018-2019.
- Stompor E. *Dojrzewanie chłopców od A do Z*; Wydawnictwo Literat; Toruń 2019.
- Leszczyńska Kurzawa A. *Techniki doświadczeniowe i wyobrażeniowe w terapii CBT*; Inter Ego; Warszawa 2019.
- Janus M. *Seks zaczyna się w głowie. O neurobiologii funkcjonowania seksualnego*; Uniwersytet SWPS; Warszawa 2018
- Rubik A. i in. *#sexedpl*; Anja Rubik; Warszawa 2018.
- Sosnowski M. *Czy inhibitory PDE-5 to panaceum w przypadku dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych?*; Warszawa kwiecień 2018.
- Rozmysłowicz M. *Wolność seksualna osób żyjących z niepełnosprawnością w świetle międzynarodowych standardów praw człowieka*; prezentacja podczas szkolenia *Osoby z niepełnosprawnościami – Prawa człowieka naszymi prawami*; Fundacja Centrum Praw Osób Niepełnosprawnych; Warszawa 2017.
- Tarnacka B., Turczyn P. *Zastosowanie robotyki w rehabilitacji zaburzeń chodu w schorzeniach neurologicznych*; Polski Przegląd Neurologiczny; 2/2017: 63-73.
- Leśnicka A. *Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu dysfunkcji seksualnych*; Konferencja Psychiatryczna; 12 maja 2017.
- *Podsumowanie literatury i badań naukowych wskazujących na negatywne konsekwencje korzystania z pornografii w kontekście ochrony dzieci i młodzieży*; Stowarzyszenie Twoja Sprawa; Warszawa 2017.

- Rozmysłowicz M. opiekun naukowy Lew-Starowicz Z. *Metody uzyskiwania erekcji w zależności od poziomu uszkodzenia kręgosłupa*; Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania; Warszawa 2016.
- Sokoluk W. *Seks. Dobrze jest, gdy wie się*, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2016.
- Rozmysłowicz M. promotor Kiwerski J. *Seks mężczyzn po uszkodzeniu rdzenia kręgowego*; Wyższa Szkoła Rehabilitacji; Warszawa 2015-2016.
- Radomski D. *Seksualność osób niepełnosprawnych w: Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. red. Podstawy seksuologii*; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2015; 166.
- Jakima S., Małachowska E. *Psychoterapia w leczeniu zaburzeń seksualnych w: Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. red. Podstawy seksuologii*; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2015; 327.
- Rozmysłowicz M. *Spełniam się pomagając „świeżakom”*; <http://mazowszanie.eu/cms/Mazowszanie.html#>; 2015.07.07.
- Lew-Starowicz Z. *Aparaty próżniowe w leczeniu zaburzeń erekcji*, Przegląd Seksuologiczny 41/2015: 36-48.
- Cobo Cuenca A., Sampietro-Crespo A., Virseda-Chamorro M., Martin-Espinosa N., *Psychological impact and sexual dysfunction in men with and without spinal cord injury*, „J Sex Med. 2015 Feb 12(2): 436-44.
- Young J., Klosko J., Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*; GWP; Gdańsk 2014.
- Gładysz A., Knysz B. *Zakażenia HIV i AIDS – poradnik dla lekarzy*; Wydawnictwo Continuo; Wrocław 2014.
- Członkowska A. *Stwardnienie rozsiane – współczesna diagnostyka i leczenie*; Praktyka Medyczna; marzec 2013.
- Depko A. *Fizjologia wytrysku i orgazmu w: Depko A., Radziszewski P. Nowe opcje terapeutyczne u pacjentów z przedwczesnym wytryskiem*, ER Medical, Warszawa 2013.



- Rechberger T. *Przedwczesny wytrysk z perspektywy ginekologa* w: Depko A., Radziszewski P. red. *Nowe opcje terapeutyczne u pacjentów z przedwczesnym wytryskiem*; ER Medical; Warszawa 2013; 30.
- Kaufman M., Silverberg C., Odette F. *Pełnosprawni! Uniwersalny przewodnik po seksie*; Wydawnictwo Czarna Owca; Warszawa 2013; 195-272.
- Jansen N. *Kraj ludzi samodzielnych* w: *Integracja* 1/2013; 45.
- Peczeko K. *Oblicza symptom i jego roli w życiu człowieka*; Remedium; nr 2(240); 2013.02; 18-20.
- Vignozzi L. *PDE-5 inhibitors bunt inflammation in human BHP: a potential mechanism of action for PDE-5 inhibitors In LUTS*; Prostate; 73/2013.
- Włodarczyk K. *Rola psychologa w rehabilitacji* w Kiwerski J., Włodarczyk K. *Fizjoterapia ogólna*; Wydawnictwo Lekarski PZWL; Warszawa 2012; 150-156.
- Lerner H. *100 zasad udanego związku*; Gruner Jahr; Warszawa 2012.
- Young J., Klosko J. *Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się z pułapek psychologicznych*; Zielone Drzewo; Warszawa 2012.
- Mroczkowski T. *Choroby przenoszone drogą płciową*; Wydawnictwo Czelej; Lublin 2012.
- Wanat E., Depko A. *Chuć czyli normalne rozmowy o perwersyjnym seksie*; Wielka Litera; Warszawa 2012.
- Bancroft J. *Seksualność człowieka*; Elsevier Urban and Partner; Wrocław 2011.
- Aouil B. *Kinezyterapeutyczne metody w rehabilitacji seksualnej osób niepełnosprawnych*; Przegląd Terapeutyczny; nr 8; 2010; 80-90.
- Kucharska U. *Zaburzenia funkcji seksualnych u pacjentów z uszkodzeniem rdzenia*; <http://www.tetraplegik.com/zycie-intymne/34-zaburzenia-funkcji-seksualnych-u-pacjentow-z-uszkodzeniem-rdzenia>; 2010.12.13.

- Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. *Podstawy seksuologii*; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2010.
- Reitz A. *Poniżej pępka. Poradnik zdrowotny dla mężczyzn*; MedFarm Polska; Wrocław 2010.
- Tederko P., Radomski D. *Zdrowie seksualne osób po urazie kręgosłupa powikłanym zaburzeniami neurologicznymi*; Seksuologia Polska; tom 7, nr 2; 2009; 65-72.
- Berkowitz B., Yager-Berkowitz S. *BezSeksowny mąż. Co robić, gdy mu do miłości chęci nie staje*; Bellona; Warszawa 2009.
- Kargulowa A. *Poradownictwo – kontynuacja dyskursu*; PWN; Warszawa 2009.
- Izdebski Z. *Seks nie musi być dla nich tabu*; <http://www.polskatimes.pl/artykul/3711,seks-nie-musi-byc-dla-nich-tabu,id,t.html?cookie=1>; 2008.06.11.
- Ostrowska A. *O seksualności osób niepełnosprawnych*; Instytut Rozwoju Służb społecznych; Warszawa 2007.
- Izdebski Z. *Obawy i trudności w życiu seksualnym*; Rocznik Lubuski tom 32, cz. 2; 2006; 109-110.
- Długołęcka A. *Seksualność osób niepełnosprawnych* w Lew-Starowicz Z., Długołęcka A. *Edukacja seksualna*; Wydawnictwo Lekarski PZWL; Świat Książki; Warszawa 2006; 215-226.
- Kępiński A. *Z psychopatologii życia seksualnego*; Wydawnictwo Literackie; Kraków 2003.
- Weeks G., Gambescia N. *Hipoactive sexual desire*; Norton and Company; Nowy Jork 2002; 61-63.
- Siosteen A. *Sexual ability, activity, attitudes and satisfaction as a part of adjustment In spinal cord injured subjects*; Paraplegia; nr 28; 1990; 265-270.

# KIM JEST TRENER FIZJO-PSYCHO-SEKSUALNA?

Monika Rozmysłowicz pracuje w Oddziale Warszawskim Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego udzielając pomocy indywidualnej jako psycholog, seksuolog i psychoterapeutka oraz prowadząc treningi i zajęcia grupowe usprawniające funkcje kognitywne, zabawy integracyjne, grupy wsparcia, a także realizując rehabilitację domową jako fizjoterapeutka.

Współpracując z innymi organizacjami pozarządowymi kieruje i realizuje projekty „Kobieta i Mężczyzna zmysłowo zakręcenii – czyli o seksualności osób niepełnosprawnych”, „Gimnastyka dla Spastyka – czyli kompleksowa rehabilitacja osób ze spastycznością”, a także „Innowacyjne podejście do zdrowia”. Aktywna rehabilitacja, asystencja osobista, prawa osób żyjących z niepełnosprawnością oraz wdrażanie pacjentów neurologicznych do jak największej samodzielności to także główne nurty jej działalności.

Ukończyła studia magisterskie na kierunku Fizjoterapia w Wyższej Szkole Rehabilitacji, Studium Pomocy Psychologicznej i Interwencji Kryzysowej w Instytucie Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Seksuologię Klinikzną w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania, Najskuteczniejsze Techniki Terapii Poznawczo-Behawioralnej w Centrum Terapii Poznawczej i Schematu Inter Ego, Profilaktykę i Terapię Uzależnień Behawioralnych w Fundacji Praesterno, Osoby z Niepełnosprawnościami - Prawa Człowieka Naszymi Prawami w Fundacji Centrum Praw Osób Niepełnosprawnych. Jednocześnie stale podwyższa swe kompetencje uczęszczając na liczne szkolenia

i konferencji z zakresu seksuologii, neurologii, rehabilitacji oraz różnych metod pracy psychologicznej z grupą i terapii indywidualnej.

Posiadając wieloletnie doświadczenie w zawodzie medycznym, wszelkie zagadnienia związane z fizjologią ciała oraz neurologią nie mają przed nią tajemnic. Nałożona na tej bazie wiedza seksuologiczna oraz psychologiczna daje unikalną możliwość kompleksowego podejścia do pacjenta i stosowanie terapii łączonej, w której w zależności od indywidualnych potrzeb może wykorzystać zarówno ruch i pracę z ciałem, rozmowę psychoterapeutyczną, jak i trening funkcji seksualnych.

Osoby pragnące skorzystać z energetyzujących konsultacji indywidualnych lub przeżyć niezapomniane chwile podczas szalonych warsztatów oraz organizacje zainteresowane wspólnymi działaniami mają możliwość nawiązania bezpośredniego kontaktu z autorką:

## TRENER FIZJO-PSYCHO-SEKSUALNA



Monika Rozmysłowicz

tel.: 663-848-242

Messenger:

Monika Rozmysłowicz

e-mail: [monika.rozmyslowicz7gr@gmail.com](mailto:monika.rozmyslowicz7gr@gmail.com)

Facebook: <https://www.facebook.com/Trener-Fizjo-Psycho-Seksualna-231883104117178/>

## O WYDAWCY

Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego (OW PTSR) został założony 3 lutego 1990 r., od maja 2004 r. posiada status Organizacji Pożytku Publicznego.

Misją PTSR jest poprawa jakości życia osób ze stwardnieniem rozsianym, zapewnienie dostępu do leczenia i rehabilitacji, tak aby mogli stać się pełnoprawnymi członkami społeczeństwa i prowadzić godne życie. Dążymy do tego, aby osoby chore na SM nie musiały rezygnować z dotychczasowych planów życiowych i nauczyły się dostosowywać je do zmienionych możliwości. Prowadzone przez nasze stowarzyszenie działania stwarzają możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym, umożliwiają poprawę warunków życiowych i zdrowotnych, a przede wszystkim integrują osoby ze stwardnieniem rozsianym ze społeczeństwem.

Aktualnie Stowarzyszenie liczy ponad 1630 członków, z czego ponad 760 osób korzysta z prowadzonych działań. Głównym obszarem działalności OW PTSR jest realizacja programów z zakresu wszechstronnej rehabilitacji zdrowotnej, społecznej i zawodowej osób chorych na stwardnienie rozsiane mieszkających na terenie Warszawy i okolic. Oddział Warszawski PTSR prowadzi m.in. grupowe i indywidualne zajęcia rehabilitacji ruchowej, masaże usprawniające, mechanoterapię, zajęcia taneczne, jogi, tai-chi, zajęcia na basenie, arteterapeutyczne i ceramiczne, warsztaty wokalne, teatralne, pomoc osobistego asystenta, zajęcia „Główka pracuje”, wsparcie psychologa, pracownika socjalnego, prawnika, logopedy, dietetyka, jak również różnorodne warsztaty

i szkolenia (także wyjazdowe) aktywizujące społecznie i zawodowo osoby z SM, wycieczki, rekolekcje, wyjścia kulturalne i spotkania integracyjne oraz działalność wydawniczą (od ponad 27 lat wydaje kwartalnik „Nadzieja”, Informatory, broszury informacyjne, plakaty i ulotki). W partnerstwie z innymi Oddziałami PTSR oraz organizacjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych Stowarzyszenie realizuje także szereg projektów ponadregionalnych. Do realizacji tych zadań zatrudniani są sprawdzeni rehabilitanci i specjaliści.

Jeśli potrzebujesz informacji o stwardnieniu rozsianym, jego objawach, leczeniu i rehabilitacji, porady lub wsparcia specjalisty, skontaktuj się z Nami!



**Oddział Warszawski  
Polskiego Towarzystwa  
Stwardnienia Rozsianego**

ul. Nowosielecka 12, 00-466 Warszawa

tel.: 22 831 00 76/77

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

[biuro@ptsr.waw.pl](mailto:biuro@ptsr.waw.pl)