

DIAGNOSTYKA I LECZENIE | DZIAŁANIA | WSPARCIE OSÓB CHORYCH NA SM

SM EXPRESS

ISSN 2299-9647



TEMAT NUMERU

Seksualność w SM



**POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO**

Wydawnictwo SM Express jest współfinansowane w ramach projektu „Wspieramy aktywność” przez:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Adres redakcji: ul. Nowolipki 2a,
00-160 Warszawa

Kontakt z redakcją: redakcja@ptrs.org.pl

Wydawca: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, ul.
Nowolipki 2a, 00-160 Warszawa, www.ptrs.org.pl, tel (22)
241 39 86

Skład i grafika: DOBRY GRAFIK Marta Klimkowska

Zdjęcia: www.unsplash.com, www.pixabay.com

Wszelkie prawa zastrzeżone. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmian tytułów.



Tomasz Połec
Przewodniczący Rady Głównej
Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

Drodzy Państwo,

Od dawna słyhać głosy, że neurologia powinna stać się jedną z priorytetowych dziedzin polskiego systemu opieki zdrowotnej. Niestety, obojętnie od rządzącej opcji politycznej, niewiele zmienia się w podejściu decydentów do problemu. Tak jakby nie zdawano sobie sprawy z problemu starzenia się społeczeństwa, a tym samym konieczności opieki nad osobami wymagającymi, m.in. z powodu wieku, kompleksowej opieki, także neurologicznej. Między innymi temu właśnie problemowi poświęcone było styczniowe posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Leczenia Chorób Neurologicznych. Obserwując działania obecnie rządzących mam wrażenie, że bardziej dążą do ograniczenia nakładów na służbę zdrowia (często nieracjonalnie), niż do realnej oceny rzeczywistych zagrożeń i potrzeb w tym obszarze. Wydaje się, że niestety brak jakiejś spójnej strategii w rozwoju systemu, a dotkliwy brak środków nie rokuje poprawy tego stanu rzeczy. W tej sytuacji trudno spodziewać się rozwiązań, które dawałyby nadzieję na rzeczywistą poprawę stanu polskiej neurologii. Większość uczestników posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Leczenia Chorób Neurologicznych miała podobne zdanie wskazując przy tym na brak specjalistów, nadmierne ich obciążenie, niewłaściwe wyceny procedur, zbyt małą liczbę pielęgniarek i personelu pomocniczego. Od wielu lat tak naprawdę niewiele się w tym obszarze zmieniło.

I choć śmiało możemy pochwalić się znaczącym wzrostem nakładów na programy lekowe o tyle w kwestiach podstawowych zmiany są znikome. Także ja zwróciłem uwagę na tę kwestię, pokazując jako pozytywną zmianę właśnie ten wzrost nakładów - w bieżącym roku ma on przekroczyć 800 mln złotych. Pod tym względem nie odstawiamy od innych krajów i dziś każdy, kto tylko kwalifikuje się do leczenia może z niego skorzystać. Cieszy taka sytuacja, bo przecież i my, PTSR, mamy w tym swój znaczący udział. Wciąż jednak w sferze marzeń pozostaje włączenie neurologii do grona chorób o priorytetowym znaczeniu jak kardiologia i onkologia. Im szybciej uda się przekonać decydentów o konieczności takiej zmiany tym lepiej dla nas wszystkich. Bo choć choroby neurologiczne nie zagrażają tak radykalnymi konsekwencjami jak nowotwory, zawały, udary etc., to jednak mogą bardzo ograniczyć sprawność chorego i na wiele lat wyłączyć go z normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Wszyscy uczestnicy zadeklarowali pełną współpracę w przygotowaniu raportu dla Ministerstwa Zdrowia, który zwróci uwagę na dramatyczną sytuację, a jednocześnie wskaże kierunki zmian, które pozwolą na prawidłowe działanie tej niezwykle ważnej specjalności medycznej.

Tomasz Połec



TEMAT NUMERU
Seksualność w SM

SM EXPRESS

spis treści

temat numeru

Życie seksualne w stwardnieniu rozsianym	6
Życie intymne w chorobie przewlekłej	9
Leczenie zaburzeń seksualnych u kobiet chorujących (SM)	12
Z troską o siebie i swoją seksualność	16
Stwardnienie rozsiane, dno miednicy i funkcje seksualne	20

warto wiedzieć

Nowe przepisy i propozycje reform dotyczące OZN w Polsce	26
SM i nauka	30
Ciąża i stwardnienie rozsiane	32

organizacja

Z nami nie zginiesz w gąszczu informacji	35
--	----

życie z SM

Na koń!	37
Kurkumina – Złota Bogini	39

mój książkowy

Mój książkowy	41
---------------------	----

Życie seksualne w stwardnieniu rozsianym

– dlaczego warto o nim rozmawiać i co mówi o skuteczności leczenia?

Autorka: dr n. med. Kamila Żur-Wyrozumska, neurołożka i immunolożka kliniczna, adiunkt w Zakładzie Dydaktyki Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Laureatka nagrody Ministra Zdrowia „Specjalista 2022”. Autorka różnych publikacji, w tym książki „Immunologia dla neurologów”.

Dysfunkcje seksualne są częstym problemem u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM). Szacuje się, że dotyczą one około 50% kobiet oraz nawet 70% mężczyzn chorujących na SM. Około 50% chorych staje się całkowicie nieaktywnych seksualnie z powodu choroby, a u kolejnych 20% dochodzi do istotnego zmniejszenia tej aktywności. Mimo dużej częstości występowania, problemy te nadal pozostają rzadko zgłaszane i niedostatecznie omawiane w praktyce klinicznej. U kobiet z SM najczęściej występują: obniżenie libido, trudności w osiągnięciu orgazmu, zmniejszone nawilżenie pochwy, obniżone czucie w obrębie pochwy oraz dyspareunia, czyli ból podczas współżycia. U mężczyzn dominują: obniżenie libido, zaburzenia erekcji, zanik porannych erekcji, przedwczesny wytrysk, zaburzenia orgazmu oraz zmniejszone czucie prącia.

W badaniu polskim obejmującym 86 aktywnych seksualnie kobiet z RRMS (rzutowo-remisyjna postać SM, przyp. red.) dysfunkcje seksualne stwierdzono u 27,3%. Ich występowanie było istotnie związane z objawami depresji oraz zaburzeniami mowy. Negatywny wpływ na funkcjonowanie seksualne miały również: większe nasilenie depresji i zmęczenia, starszy wiek w chwili rozpoznania choroby, niższy poziom wykształcenia oraz zamieszkiwanie w mniejszych miejscowościach. Wyniki te podkreślają znaczenie czynników psychospołecznych oraz potrzebę rutynowej oceny tych problemów w codziennej praktyce klinicznej.

Przyczyny zaburzeń seksualnych u pacjentów z SM są złożone i zwykle dzieli się je na trzy grupy:

1. Przyczyny pierwotne – wynikające bezpośrednio z uszkodzenia układu nerwowego w przebiegu procesu demielinizacyjnego. Mogą one prowadzić m.in. do zaburzeń erekcji (70–92%), ejakulacji (63–73%), orgazmu (40–65%), nawilżenia pochwy (ok. 36%), a także do obniżenia libido i bolesnego współżycia.

2. Przyczyny wtórne – związane z innymi objawami stwardnienia rozsianego, takimi jak spastyczność, ból, zaburzenia funkcji zwieraczy, depresja, zespół przewlekłego zmęczenia czy działania niepożądane stosowanych leków.

3. Przyczyny trzeciorzędowe (psychospołeczne) – obejmujące zaburzenia emocjonalne, trudności w funkcjonowaniu poznawczym, zmianę postrzegania własnego ciała, zmianę pełnionych ról społecznych, reakcje otoczenia oraz obawy przed brakiem akceptacji ze strony partnera.

Ze względu na złożony charakter funkcji seksualnych oraz ich istotny wpływ na jakość życia, obszar ten pozostaje jednym z najbardziej niedocenianych aspektów zdrowia pacjentów z SM. Zaburzenia seksualne wymagają rutynowej oceny oraz wieloczynnikowej analizy, a nie pomijania lub upraszczania problemu.

Podczas jednej z wizyt zapytałam wprost 32-letniego pacjenta z ciężką, pierwotnie postępującą postacią SM i nasilonymi objawami spastyczności kończyn dolnych - w obecności jego żony - czy doświadczają trudności w życiu seksualnym. Oboje kategorycznie zaprzeczyli. Pacjent nie pojawił się więcej w moim gabinecie, co uświadomiło mi, jak delikatnym i trudnym tematem jest rozmowa o seksualności. To doświadczenie stało się dla mnie ważną lekcją.

O życiu seksualnym należy rozmawiać delikatnie, z wyczuciem i uważnością, dotykając bardzo intymnych, często bolesnych aspektów funkcjonowania i postrzegania siebie. Idealnie, gdy to pacjent sam zaprasza lekarza do tej rozmowy. Dlatego tak ważne jest budowanie świadomości zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów - że ten temat jest ważny i że należy o nim mówić.

Diagnostyka przyczyn zaburzeń seksualnych jest procesem wielowątkowym. Każdy z opisanych komponentów stanowi odrębny problem kliniczny, a leczenie jednego z nich może paradoksalnie nasilać inne. Przykładem są leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), które często powodują obniżenie libido, zmniejszenie pobudzenia seksualnego, anorgazm u kobiet oraz wydłużenie czasu do ejakulacji u mężczyzn. W takich sytuacjach pomocne może być zastosowanie inhibitorów fosfodiesterazy typu 5 (PDE-5) czyli klasycznie sildenafilu.

Ogólne zalecenia terapeutyczne obejmują także skuteczne leczenie bólu neuropatycznego, spastyczności oraz zaburzeń pęcherza i jelit, a także stosowanie pozycji oszczędzających energię. U mężczyzn inhibitory PDE-5, takie jak sildenafil, wykazują skuteczność w leczeniu zaburzeń erekcji również w SM. U kobiet dane są bardziej ograniczone – poprawa dotyczy głównie nawilżenia pochwy, bez istotnego wpływu na pożądanie czy orgazm.

W niektórych przypadkach pomocne mogą być także preparaty nawilżające, lubrykanty czy wibratory. Leki stosowane w leczeniu zaburzeń oddawania moczu



z grupy antagonistów receptorów alfa-1 należy przyjmować po aktywności seksualnej, gdyż mogą podwyższać próg orgazmu.

Wszystkie opisane możliwości terapeutyczne mają sens dopiero po dokładnym poznaniu pacjenta i jego rzeczywistych potrzeb. Tych nie da się ustalić bez bezpiecznej relacji, opartej na zaufaniu. Nie może ją zbudować wyłącznie lekarz - dlatego równie ważna jest edukacja pacjentów i wzmacnianie ich gotowości do mówienia o sobie.

Narastanie zaburzeń seksualnych, takich jak np. zanik porannych erekcji, może być sygnałem progresji choroby lub niedostatecznej skuteczności leczenia, choć nie stanowi samodzielnego czynnika rokowniczego. Sprawność seksualna jest bowiem wypadkową funkcjonowania całego organizmu - układu nerwowego, sercowo-naczyniowego, hormonalnego oraz dobrostanu psychicznego.

Najważniejsze jednak jest to, że aktywność seksualna jest sprawą indywidualną. Nie istnieje jeden „wzorzec”. Warto porównywać się wyłącznie do samego siebie i obserwować zmiany we własnym życiu, a nie do nierealnych standardów.



Piśmiennictwo:

Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA. Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *J Neurol*. 1999 Nov;246(11):1027-32. doi: 10.1007/s004150050508. PMID: 10631634.

Lew-Starowicz M, Gianotten WL. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:357-70. doi: 10.1016/B978-0-444-63247-0.00020-1. PMID: 26003254.

Zivadnov R, Zorzon M, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L, Iona LG, Cazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. *Mult Scler*. 1999 Dec;5(6):428-31. doi: 10.1177/135245859900500i610. PMID: 10618700.

Bartnik P, Wielgoś A, Kacperczyk J, Pisarz K, Szymusik I, Podlecka-Piętowska A, Zakrzewska-Pniewska B, Wielgoś M. Sexual dysfunction in female patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Brain Behav*. 2017 Apr 14;7(6):e00699. doi: 10.1002/brb3.699. PMID: 28638707; PMCID: PMC5474705.

Litwiller SE, Frohman EM, Zimmern PE. Multiple sclerosis and the urologist. *J Urol*. 1999 Mar;161(3):743-57. Erratum in: *J Urol* 1999 Jul;162(1):172. PMID: 10022678.

Fowler CJ, Miller JR, Sharief MK, Hussain IF, Stecher VJ, Sweeney M. A double blind, randomised study of sildenafil citrate for erectile dysfunction in men with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 May;76(5):700-5. doi: 10.1136/jnnp.2004.038695. PMID: 15834030; PMCID: PMC1739638.

Safarinejad MR. Evaluation of the safety and efficacy of sildenafil citrate for erectile dysfunction in men with multiple sclerosis: a double-blind, placebo controlled, randomized study. *J Urol*. 2009 Jan;181(1):252-8. doi: 10.1016/j.juro.2008.09.003. Epub 2008 Nov 14. PMID: 19013598.

Dasgupta R, Wiseman OJ, Kanabar G, Fowler CJ, Mikol D. Efficacy of sildenafil in the treatment of female sexual dysfunction due to multiple sclerosis. *J Urol*. 2004 Mar;171(3):1189-93; discussion 1193. doi: 10.1097/01.ju.0000113145.43174.24. PMID: 14767298.

Życie intymne w chorobie przewlekłej z perspektywy psychologicznej: *zrozumieć ciało, emocje i relacje*

Autorka: Agata Wiśniewska, psycholożka, psychoterapeutka współpracująca z PTZR w ramach Specjalistycznej poradni PTZR

Nie da się mówić o seksualności człowieka, pomijając jego ciało, jak i towarzyszące mu emocje oraz głębokie potrzeby. Doświadczenie choroby przewlekłej wpływa na sposób, w jaki postrzegamy bliskość i relacje z innymi. Na początku choroby ciało często wydaje się obce i nieprzewidywalne, wzbudzając lęk i poczucie utraty kontroli. Z czasem, w miarę trwania choroby, ta perspektywa ulega zmianie — ciało staje się inne, ale bardziej znajome, a jego granice coraz lepiej rozpoznane. Nie oznacza to jednak, że trudności znikają; zmienia się jedynie sposób, w jaki je przeżywamy. Każda osoba doświadcza choroby inaczej i w swoim własnym tempie. Seksualność oraz potrzeba bliskości nie znikają wraz z diagnozą; podlegają natomiast procesowi zmiany i adaptacji. Zrozumienie własnej drogi — bez presji porównań — staje się jednym z kluczowych warunków budowania intymności, zarówno z drugim człowiekiem, jak i ze sobą samym.

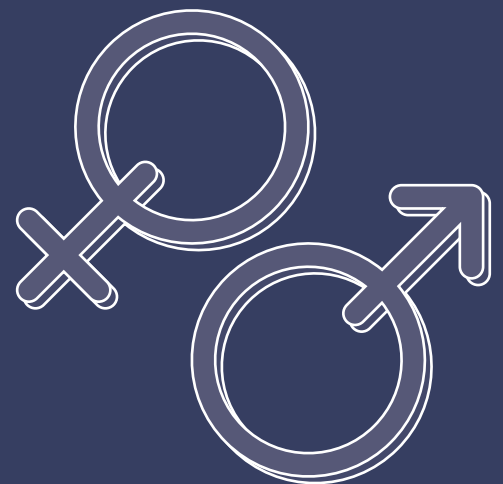
Jak postrzegam moje ciało i swoją atrakcyjność?

Objawy choroby — zarówno te widoczne, jak i te odczuwane wyłącznie subiektywnie — mogą stopniowo podważać zaufanie do własnej fizyczności i poczucie kontroli nad reakcjami organizmu. W efekcie ciało coraz częściej staje się obszarem napięcia oraz uważnej, często krytycznej obserwacji. Wraz z tym procesem zmienia się także poczucie atrakcyjności seksualnej. Wiele osób zaczyna definiować siebie przez pryzmat ograniczeń, strat i różnic wobec dawnego funkcjonowania. Pojawia się zawstyżenie, tendencja do ukrywania ciała, unikania nagości czy wycofywania się z inicjowania bliskości. Te reakcje rzadko są wyłącznie konsekwencją zmian fizycznych — częściej wynikają z wewnętrznego przekonania, że ciało doświadczające choroby nie może już być ciałem pożądanym. W ten sposób choroba stopniowo przenika do obrazu siebie jako partnera lub partnerki, wpływając na sposób przeżywania relacji intymnych. W doświadczeniu seksualności kluczowe nie jest jedynie to, jak ciało funkcjonuje, lecz także to, jak jest przeżywane i interpretowane. Gdy relacja z własnym ciałem staje się źródłem napięcia i niepokoju, bliskość z drugą osobą również bywa obciążona lękiem przed oceną, odrzuceniem lub rozczarowaniem. Odbudowywanie poczucia atrakcyjności nie polega na powrocie do „dawnego ciała”, lecz na stopniowym odzyskiwaniu prawa do bycia w swoim ciele — takim, jakie jest — oraz do doświadczania siebie jako osoby zdolnej do pragnienia, przyjemności i bycia w relacji.

Jak zareaguje mój partner/partnerka?

Lęk przed odrzuceniem i reakcją bliskiej osoby jest jedną z najczęściej przeżywanych, a jednocześnie rzadko wypowiedzianych obaw osób chorujących na stwardnienie rozsiane. Choroba, zwłaszcza w obszarze intymności, może uruchamiać głębokie pytania o własną wartość w relacji. Obawy te często nie wynikają z realnych sygnałów płynących od partnera, lecz z wewnętrznego poczucia kruchości i utraty pewności siebie, które towarzyszą długotrwałemu chorowaniu. Czasami zamiast otwartej rozmowy pojawia się wycofanie, unikanie inicjowania bliskości lub rezygnacja z własnych potrzeb seksualnych. Dla wielu osób jest to próba ochrony siebie przed potencjalnym zranieniem, a czasem także próba „oszczędzenia” partnerowi trudnych doświadczeń. Paradoksalnie jednak taka strategia, oparta na milczeniu i dystansie, może pogłębiać poczucie samotności po obu stronach związku.

Szczególnie trudne bywa doświadczenie zmiany w dynamice relacji — moment, w którym osoba chorująca zaczyna postrzegać siebie nie jako równorzędnego partnera, lecz jako kogoś, kto „zabiera więcej, niż daje”. Pojawia się lęk przed byciem ciężarem emocjonalnym lub fizycznym, a także przed stopniowym oddaleniem się partnera. Te obawy, choć bolesne, wymagają jednak zrozumienia i nazwania wprost.



Czy opieka wyklucza intymność?

W chorobie przewlekłej, relacja partnerska bywa stopniowo wciągana w obszar opieki, co w naturalny sposób zmienia jej dynamikę. Gdy jedna osoba zaczyna pomagać drugiej w czynnościach, które wcześniej były źródłem autonomii i prywatności, może pojawić się trudność w oddzieleniu roli partnera od roli opiekuna. Dla osoby chorującej oznacza to często nie tylko realną zależność fizyczną, lecz także głębokie psychiczne doświadczenie utraty kontroli nad własnym ciałem i decyzjami. W takiej sytuacji intymność seksualna bywa obciążona napięciem: pojawia się obawa, że ciało wymagające pomocy przestaje być ciałem erotycznym, a relacja oparta na trosce nie może już być przestrzenią pożądania. Wiele osób zmaga się wówczas z ambiwalentnymi emocjami — wdzięcznością za wsparcie oraz zawstydzeniem związanym z własnymi ograniczeniami i złością wobec choroby. Te przeżycia często pozostają niewypowiedziane, ponieważ towarzyszy im lęk przed zranieniem partnera lub podważeniem jego wysiłków. W konsekwencji bliskość bywa ograniczana nie przez brak uczuć czy potrzeb, lecz przez nieuświadomione napięcia i przekonanie, że opieka wyklucza erotyzm. Istotne jest jednak podkreślenie, że seksualność nie zanika wraz z pojawieniem się zależności — wymaga raczej redefinicji, odzyskiwania podmiotowości osoby chorującej oraz świadomego przywracania jej prawa do bycia nie tylko odbiorcą pomocy, lecz także aktywnym uczestnikiem relacji intymnej.

Czy bliskość musi oznaczać seks?

Intymność bardzo często bywa nieświadomie utożsamiana wyłącznie z aktywnością seksualną. Gdy pojawiają się ograniczenia fizyczne, zmęczenie, ból lub obniżenie libido, wiele osób doświadcza lęku, że brak współżycia oznacza stopniowe oddalanie się

od partnera i utratę więzi. Towarzyszy temu przekonanie, że „jeśli nie ma seksu, nie ma też bliskości”, co może prowadzić do wycofania z relacji intymnej, mimo utrzymującej się potrzeby bycia w kontakcie z drugim człowiekiem. W takiej perspektywie intymność staje się obszarem presji, a nie bezpieczeństwa. Tymczasem bliskość jest zjawiskiem znacznie szerszym niż sam akt seksualny. Obejmuje ona dotyk, czułość, uważną obecność, poczucie bycia ważnym i akceptowanym. Dla wielu par to właśnie te formy kontaktu — delikatne gesty, przytulenie, wspólne spędzanie czasu, dzielenie się emocjami — pełnią kluczową rolę w podtrzymywaniu więzi i regulowaniu poczucia bezpieczeństwa. Co istotne, nie są one „zastępstwem” dla seksu, lecz autonomiczną formą intymności, która może współistnieć z seksualnością lub stanowić dla niej fundament. Redefinicja bliskości pozwala zdjąć z relacji ciężar oczekiwań i norm, a jednocześnie chroni przed samotnością emocjonalną. Umożliwia też stopniowe odbudowywanie zaufania do własnego ciała i relacji, tworząc przestrzeń, w której intymność nie jest mierzona sprawnością, lecz jakością bycia razem.

Czego boję się powiedzieć w rozmowie z partnerem/partnerką?

Dla wielu osób chorujących przewlekłe rozmowa o intymności z partnerem staje się jednym z najbardziej delikatnych obszarów relacji. Pojawia się obawa przed wypowiedzeniem na głos własnych potrzeb seksualnych — lęk, że zostaną one odebrane jako zbyt duże, niewłaściwe lub nie na miejscu w kontekście choroby. Równie często pojawia się strach przed przyznaniem, że ciało funkcjonuje inaczej niż wcześniej: szybciej się męczy, potrzebuje więcej czasu, zmiany tempa, innych form dotyku albo czasowej rezygnacji z pewnych aktywności. Zamiast mówić wprost: „tego teraz potrzebuję” lub „to jest dla mnie trudne”, wiele osób wybiera milczenie, licząc, że partner sam się domyśli lub intuicyjnie odczyta zmiany. W praktyce jednak domysły rzadko prowadzą do porozumienia. Wycofanie bywa interpretowane jako brak zainteresowania, chłód emocjonalny lub odrzucenie, podczas gdy w rzeczywistości stoi za nim lęk, zawstydzenie lub chęć ochrony przed napięciem.

Unikanie rozmów o ciele i jego zmianach często wynika także z obawy, że nazwanie problemów — takich jak ból, drętwienia, trudności z reakcją seksualną — uczyni je bardziej realnymi i obciążającymi dla obojga partnerów. Tymczasem z perspektywy psychologicznej i seksuologicznej to właśnie brak dialogu częściej prowadzi do narastania dystansu niż same trudności fizyczne. Otwarte mówienie o granicach i potrzebach nie musi przyjmować formy jednorazowej, „rozstrzygającej” rozmowy. Częściej jest to proces drobnych komunikatów, powtarzanych w bezpiecznym tempie: „dziś potrzebuję więcej spokoju”, „chciałabym spróbować inaczej”, „boję się, ale chcę być blisko”. Taka komunikacja nie rozwiązuje wszystkich problemów, ale tworzy przestrzeń wzajemnego zrozumienia i zmniejsza poczucie samotności w relacji. W dłuższej perspektywie pozwala budować intymność opartą nie na domysłach i oczekiwaniach, lecz na realnym spotkaniu dwóch osób — z ich ograniczeniami, wrażliwością i gotowością do bycia razem mimo niepewności, jaką niesie choroba.



Leczenie zaburzeń seksualnych u kobiet chorujących na stwardnienie rozsiane (SM)

Autorka: dr n. med. Kornelia Zaręba, specjalista ginekologii i położnictwa, specjalista endokrynologii i seksuologii, Wydział położnictwa i ginekologii, College of Medicine & Health Sciences (CMHS), United Arab Emirates University (UAEU), Zjednoczone Emiraty Arabskie

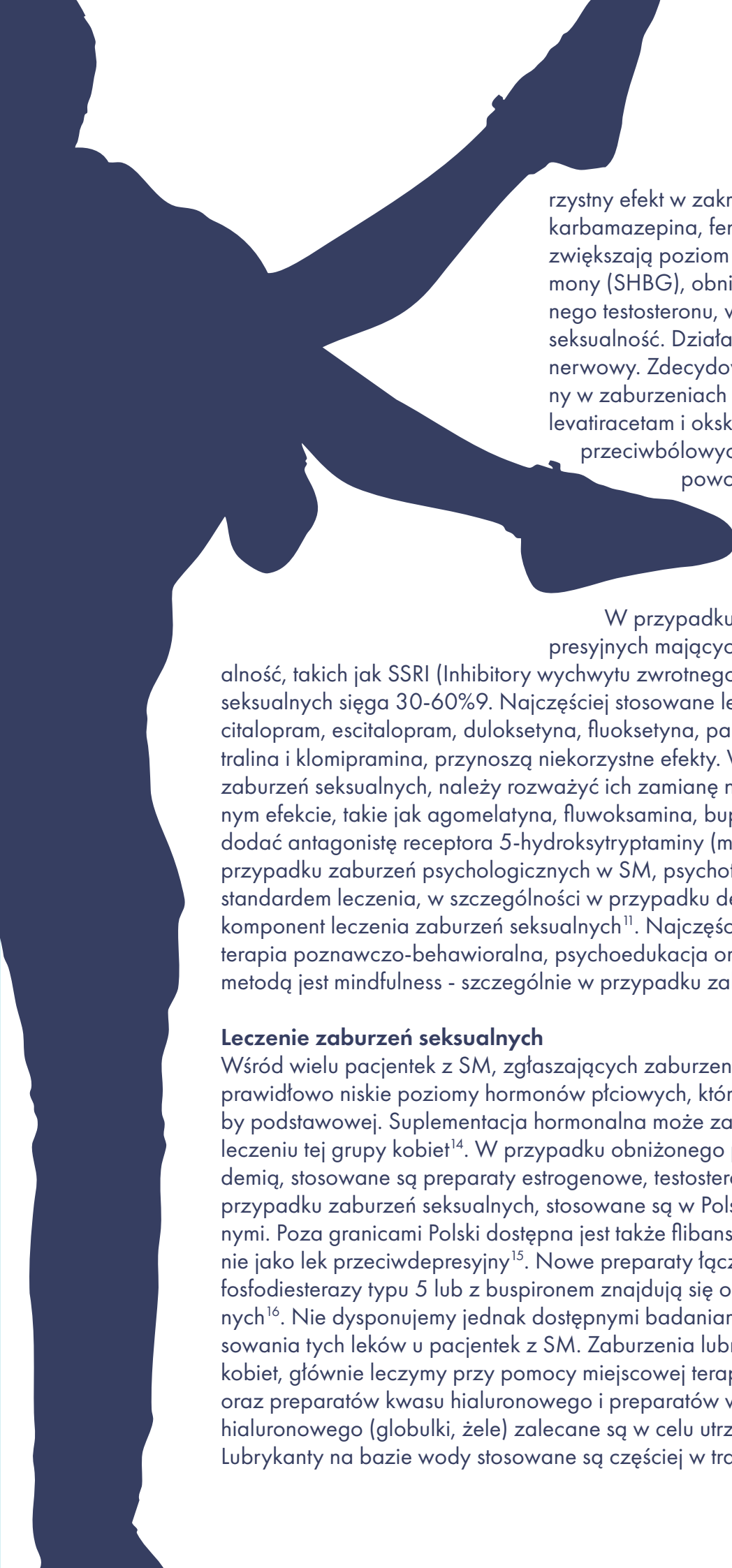
Zaburzenia seksualne wśród kobiet z SM występują pięciokrotnie częściej niż w populacji zdrowych kobiet, co stanowi około 69% badanych^{1,2}. Przyczyn ich występowania należy szukać zarówno w chorobie podstawowej i związanymi z nią zaburzeniami neurologicznymi, jak i w zaburzeniach psychologicznych, będących następstwem choroby³. Z przyczyn biologicznych najważniejszą rolę odgrywa nieprawidłowe przewodnictwo nerwowe z piersiowo-lędźwiowego odcinka rdzenia kręgowego do regionu genitalnego i innych okolic ciała. Zaburzenia przewodnictwa prowadzą do nieprawidłowego funkcjonowania mięśni w obrębie miednicy mniejszej i zwieraczy, jak również zaburzeń czucia w obrębie genitalnym⁴. Poza czysto biologicznymi przyczynami pierwotnymi, można także wyróżnić przyczyny wtórne takie jak uczucie zmęczenia, szybkie męczenie się, spastyczność oraz ból, prowadzące do obniżenia pożądania i zaburzeń orgazmu⁵. Przyczyny psychologiczne prowadzące do depresji, zaburzeń lękowych, obniżenia poczucia własnej wartości, zaburzeń w postrzeganiu własnego ciała oraz zmiany ról w związku określane są jako trzeciorzędowe przyczyny zaburzeń seksualnych w grupie kobiet z SM¹.

Pośród najczęściej zgłaszanych zaburzeń seksualnych możemy kolejno wyróżnić: wynikające głównie z zaburzeń funkcji mięśniowej problemy z osiągnięciem orgazmu lub anorgazmię (70%), zmniejszenie wrażliwości na stymulację, wynikające z zaburzeń funkcji czuciowej (50%), zmniejszenie nawilżenia pochwy (35%), obniżenie libido o etiologii wieloczynnikowej, bolesne stosunki wynikające ze spastyczności oraz ogólne obniżenie satysfakcji seksualnej⁶. Leczenie zaburzeń seksualnych u kobiet ze stwardnieniem rozsianym stanowi zagadnienie wielodyscyplinarne. Do najważniejszych składowych należy leczenie przyczynowe, a więc leczenie choroby podstawowej, leczenie dysfunkcji seksualnych oraz zaburzeń psychologicznych, które często towarzyszą chorobie. Poniżej opisuję dostępne formy leczenia zaburzeń seksualnych. Niestety w wielu przypadkach jedyną, dostępną formę terapii stanowi leczenie objawowe.

Leczenie choroby podstawowej

Ważny aspekt terapii stanowi zmiana leków stosowanych do radzenia sobie z SM, które jednocześnie mogą wpływać negatywnie na seksualność. Główne grupy leków stosowanych u pacjentek z SM wpływających niekorzystnie stanowią leki przeciwpadaczkowe oraz leki przeciwbólowe. Leki przeciwpadaczkowe, przynoszące nieko-





rzystny efekt w zakresie seksualności, to fenytoina, karbamazepina, fenobarbital, topiramata. Leki te zwiększają poziom białka wiążącego wolne hormony (SHBG), obniżając tym samym poziom wolnego testosteronu, wpływającego korzystnie na seksualność. Działają także bezpośrednio na układ nerwowy. Zdecydowanie lepszy efekt terapeutyczny w zaburzeniach seksualnych mają lamotrygina, levatiracetam i okskarbazepina⁷. Spośród leków przeciwbólowych, szeroko stosowany tramadol powoduje obniżenie libido i anorgazmię⁸.

Leczenie zaburzeń psychologicznych

W przypadku stosowania leków przeciwdepresyjnych mających niekorzystny wpływ na seksualność, takich jak SSRI (Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny), częstość dysfunkcji seksualnych sięga 30-60%⁹. Najczęściej stosowane leki, takie jak benzodiazepiny, citalopram, escitalopram, duloksetyna, fluoksetyna, paroksetyna, wenlafaksyna, sertralina i klomipramina, przynoszą niekorzystne efekty. W przypadku występowania zaburzeń seksualnych, należy rozważyć ich zamianę na inne grupy leków o korzystnym efekcie, takie jak agomelatyna, fluwoksamina, bupropion, buspiron, trazodon lub dodać antagonistę receptora 5-hydroksytryptaminy (mirtazapinę lub mianserynę)¹⁰. W przypadku zaburzeń psychologicznych w SM, psychoterapia nadal pozostaje złotym standardem leczenia, w szczególności w przypadku depresji. Stanowi także istotny komponent leczenia zaburzeń seksualnych¹¹. Najczęściej stosowanymi metodami są terapia poznawczo-behawioralna, psychoedukacja oraz terapia par¹². Inną polecaną metodą jest mindfulness - szczególnie w przypadku zaburzeń orgazmu¹³.

Leczenie zaburzeń seksualnych

Wśród wielu pacjentek z SM, zgłaszających zaburzenia seksualne, stwierdza się nieprawidłowo niskie poziomy hormonów płciowych, które mogą potęgować efekt choroby podstawowej. Suplementacja hormonalna może zatem stanowić istotną ogniwo w leczeniu tej grupy kobiet¹⁴. W przypadku obniżonego pożądania, zwanego hipolibidemią, stosowane są preparaty estrogenowe, testosteronowe lub prasteron. Leki te, w przypadku zaburzeń seksualnych, stosowane są w Polsce poza wskazaniami medycznymi. Poza granicami Polski dostępna jest także flibanseryna, wynaleziona pierwotnie jako lek przeciwdepresyjny¹⁵. Nowe preparaty łączące testosteron z inhibitorami fosfodiesterazy typu 5 lub z buspironem znajdują się obecnie na etapie badań klinicznych¹⁶. Nie dysponujemy jednak dostępnymi badaniami naukowymi odnośnie zastosowania tych leków u pacjentek z SM. Zaburzenia lubrykacji, podobnie jak u innych kobiet, głównie leczymy przy pomocy miejscowej terapii estrogenowej (dopochwowej) oraz preparatów kwasu hialuronowego i preparatów wodnych¹⁷. Preparaty kwasu hialuronowego (globulki, żele) zalecane są w celu utrzymania nawilżenia pochwy. Lubrykanty na bazie wody stosowane są częściej w trakcie stosunków, aby zmniejszyć

uczucie tarcia w pochwie. DasGupty i wsp. zastosowali także u pacjentek z zaburzeniami lubrykacji 25-100 mg sildenafilu dziennie przez 12 tygodni, uzyskując zasadniczą poprawę w zakresie lubrykacji oraz czucia w obrębie pochwy¹⁸. Alternatywę do klasycznych metod mogą stanowić także rewitalizacja pochwy przy użyciu kwasu hialuronowego oraz mezoterapia. W przypadku zaburzeń orgazmu, stosuje się treningi masturbacyjne, wizualizacyjne i body mapping, ale także terapię instrumentalną przy użyciu stymulatorów łechtaczki lub fizjoterapię uroginekologiczną¹⁹. W uzasadnionych przypadkach stosowane są także leki wpływające na przewodnictwo mięśniowe. Fizjoterapia uroginekologiczna stanowi istotną alternatywę szczególnie dla grupy pacjentek z dużą spastycznością¹⁹. Celem fizjoterapii jest wzmocnienie mięśni dna miednicy, zmniejszenie bólu w okolicach genitalnych oraz wzmocnienie intensywności orgazmów. W terapii seksuologicznej wykorzystujemy głównie: elektrostymulację, metodę biofeedback, trening mięśni, terapie manualną oraz przezskórną stymulację nerwu sromowego. Stosowane są także wibratory, które zmniejszają uczucie bólu przy stosunku oraz zwiększają szansę na orgazm. Spośród ćwiczeń fizycznych najbardziej polecana jest joga.

Leczenie zaburzeń towarzyszących, wpływających na seksualność

W przypadku dużej spastyczności postępowanie objawowe obejmuje współżycie w godzinach porannych, po odpoczynku lub śnie oraz wybór wygodnych i wymagających minimalnego wysiłku fizycznego pozycji seksualnych. Można także rozważyć zastosowanie baklofenu lub toksyny botulinowej stosowanej w obrębie pochwy, a także inhibitorów fosfodiesterazy²⁰. Nie mamy jednak dostępnych dowodów naukowych odnośnie zastosowania tych metod w przypadku pacjentek z SM. U pacjentek zgłaszających zaburzenia czucia rekomendowana jest intensywna stymulacja dotykowa, stymulacja ręczna oraz użycie wibratorów i stymulatorów łechtaczki. Należy jednak zwrócić uwagę, iż w tej grupie pacjentek, z powodu obniżonego czucia, może dochodzić do urazów. U kobiet odbywających stosunki pochwowe zalecamy aktywność do czasu odczucia dużego dyskomfortu lub bólu. W przypadku dysfunkcji pęcherza moczowego takich jak częstomocz, parcia naglące, nietrzymanie moczu, lub zatrzymanie moczu zaleca się:

Ograniczenie płynów na kilka godzin przed aktywnością seksualną.

Opróżnienie jelit przed stosunkiem.

Ograniczenie alkoholu i kofeiny przed stosunkiem.

Zastosowanie leków antycholinergicznym przed stosunkiem.

U kobiet z pęcherzem nadreaktywnym i parciami nagłymi Giannantoni i wsp. podjęli próbę podania dopęcherzowo rozpuszczonej w soli fizjologicznej toksyny botulinowej A, uzyskując poprawę w zakresie pożądania, podniecenia, lubrykacji i orgazmu²¹. W przypadku braku możliwości odbycia stosunku pochwowego, zalecane metody alternatywne to masturbacja, seks oralny, zastosowanie wibratorów oraz aktywność seksualna oparta na wzajemnym dotyku. Cykl kobiecej reakcji seksualnej wg Rosmery Basson wskazuje bliskość emocjonalną z partnerem jako główny czynnik satysfakcji z kontaktu seksualnego, stanowiący także główny determinant chęci podejmowania kolejnych kontaktów seksualnych. Bliskość, intymność oraz zaangażowanie partnerów stanowią zatem istotne elementy kontaktów seksualnych. Zaburzenia seksualne w przebiegu stwardnienia rozsianego mają istotny wpływ na jakość życia kobiet²². Pomimo licznych dostępnych metod leczenia, całkowite, przyczynowe wyeliminowanie zaburzeń seksualnych uzyskujemy w niewielkiej grupie kobiet. Należy zatem skupić się na optymalizacji leczenia choroby podstawowej oraz minimalizacji zaburzeń seksualnych w ramach holistycznego podejścia do pacjentki.

Bibliografia:

1. Totuk, O.; Türkkol, M.; Yadi, F.; Güdek, H.C.; Erci, G.Ç.; Doğan, İ.G.; Tezer, D.Ç.; Sahin, S.; Demir, S. Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life in a Large Cohort Study. *BMC Neurol.* 2025, 25, 468, doi:10.1186/s12883-025-04492-y.
2. Drulovic, J.; Kisic-Tepavcevic, D.; Pekmezovic, T. Epidemiology, Diagnosis and Management of Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Acta Neurol. Belg.* 2020, 120, 791–797, doi:10.1007/s13760-020-01323-4.
3. Nazari, F.; Shaygannejad, V.; Mohammadi Sichani, M.; Mansourian, M.; Hajhashemi, V. Sexual Dysfunction in Women with Multiple Sclerosis: Prevalence and Impact on Quality of Life. *BMC Urol.* 2020, 20, 15, doi:10.1186/s12894-020-0581-2.
4. Kessler, T.M.; Fowler, C.J.; Panicker, J.N. Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Expert Rev. Neurother.* 2009, 9, 341–350, doi:10.1586/14737175.9.3.341.
5. Guo, Z.-N.; He, S.-Y.; Zhang, H.-L.; Wu, J.; Yang, Y. Multiple Sclerosis and Sexual Dysfunction. *Asian J. Androl.* 2012, 14, 530–535, doi:10.1038/aja.2011.110.
6. Zivadinov, R.; Zorzon, M.; Bosco, A.; Bragadin, L.M.; Moretti, R.; Bonfigli, L.; Iona, L.G.; Cazzato, G. Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis: II. Correlation Analysis. *Mult. Scler. J.* 1999, 5, 428–431, doi:10.1177/135245859900500i610.
7. Najafi, M.R.; Ansari, B.; Zare, M.; Fatehi, F.; Sonbolestan, A. Effects of Antiepileptic Drugs on Sexual Function and Reproductive Hormones of Male Epileptic Patients. *Iran. J. Neurol.* 2012, 11, 37–41.
8. Abdel-Hamid, I.A.; Andersson, K.-E.; Waldinger, M.D.; Anis, T.H. Tramadol Abuse and Sexual Function. *Sex. Med. Rev.* 2016, 4, 235–246, doi:10.1016/j.sxmr.2015.10.014.
9. Gregorian, R.S.; Golden, K.A.; Bahce, A.; Goodman, C.; Kwong, W.J.; Khan, Z.M. Antidepressant-Induced Sexual Dysfunction. *Ann. Pharmacother.* 2002, 36, 1577–1589, doi:10.1345/aph.1A195.
10. Zemishlany, Z.; Weizman, A. The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. In *Advances in Psychosomatic Medicine*; Balon, R., Ed.; KARGER: Basel, 2008; pp. 89–106 ISBN 978-3-8055-8357-2.
11. Marrie, R.; Horwitz, R.; Cutter, G.; Tyry, T.; Campagnolo, D.; Vollmer, T. The Burden of Mental Comorbidity in Multiple Sclerosis: Frequent, Underdiagnosed, and Undertreated. *Mult. Scler. J.* 2009, 15, 385–392, doi:10.1177/1352458508099477.
12. Zamani, M.; Tavoli, A.; Yazd Khasti, B.; Sedighimorani, N.; Zafar, M. Sexual Therapy for Women with Multiple Sclerosis and Its Impact on Quality of Life. *Iran. J. Psychiatry* 2017, 12, 58–65.
13. Pöttgen, J.; Van De Vis, W.; Van Nunen, A.; Rose, A.; Engelbrecht, J.; Pirard, M.; Lau, S.; Heesen, C.; Köpke, S.; Rehabilitation in Multiple Sclerosis (RIMS) Special Interest Group on Psychology and Neuropsychology Psychobehavioral Treatment Options for Sexual Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Int. J. MS Care* 2020, 22, 276–284, doi:10.7224/1537-2073.2020-012.
14. Foster, S.C.; Daniels, C.; Bourdette, D.N.; Bebo, B.F. Dysregulation of the Hypothalamic–Pituitary–Gonadal Axis in Experimental Autoimmune Encephalomyelitis and Multiple Sclerosis. *J. Neuroimmunol.* 2003, 140, 78–87, doi:10.1016/S0165-5728(03)00177-2.
15. Kamrul-Hasan, A.B.M.; Hannan, M.A.; Alam, M.S.; Aalpona, F.T.Z.; Nagendra, L.; Selim, S.; Dutta, D. Role of Flibanserine in Managing Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* 2024, 103, e38592, doi:10.1097/MD.00000000000038592.
16. Poels, S.; Bloemers, J.; Van Rooij, K.; Koppeschaar, H.; Olivier, B.; Tuiten, A. Two Novel Combined Drug Treatments for Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2014, 121, 71–79, doi:10.1016/j.pbb.2014.02.002.
17. Ali, A.; Iftikhar, A.; Tabassum, M.; Imran, R.; Shaid, M.U.; Hashmi, M.R.; Saad, M.; Humayun, M.; Imtiaz, S.; Baig, E. Efficacy and Safety of Intravaginal Estrogen in the Treatment of Atrophic Vaginitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Menopausal Med.* 2024, 30, 88–103, doi:10.6118/jmm.23037.
18. DasGUPTA, R.; Wiseman, O.J.; Kanabar, G.; Fowler, C.J. Efficacy of Sildenafil in the Treatment of Female Sexual Dysfunction Due to Multiple Sclerosis. *J. Urol.* 2004, 171, 1189–1193, doi:10.1097/01.ju.0000113145.43174.24.
19. Reimus, M.; Siemiński, M. Physiotherapy for Sexual Dysfunctions in Multiple Sclerosis Patients: A Review of Clinical Trials. *J. Clin. Med.* 2025, 14, 3509, doi:10.3390/jcm14103509.
20. Dick, B.; Natale, C.; Reddy, A.; Akula, K.P.; Yousif, A.; Hellstrom, W.J.G. Application of Botulinum Neurotoxin in Female Sexual and Genitourinary Dysfunction: A Review of Current Practices. *Sex. Med. Rev.* 2021, 9, 57–63, doi:10.1016/j.sxmr.2020.01.003.
21. Giannantoni, A.; Proietti, S.; Giusti, G.; Gubbiotti, M.; Millefiorini, E.; Costantini, E.; Berardelli, A.; Conte, A. OnabotulinumtoxinA Intradetrusorial Injections Improve Sexual Function in Female Patients Affected by Multiple Sclerosis: Preliminary Results. *World J. Urol.* 2015, 33, 2095–2101, doi:10.1007/s00345-015-1578-4.
22. Jønsson, A. [Disseminated sclerosis and sexuality]. *Ugeskr. Laeger* 2003, 165, 2642–2646.

Z troską o siebie i swoją seksualność:

libido i intymność w chorobie przewlekłej

Autorka: Beata Kuryk-Baluk, psycholożka, seksuolożka, prowadzi gabinet oraz profil „Pani Seksuolog”

Coraz więcej osób otwarcie mówi o swoich potrzebach seksualnych i trudnościach z libido, a jednak spadek pożądania wciąż dotyka wielu ludzi, wpływając na samopoczucie i relacje. Czym zatem jest obniżone libido? Można je określić jako zmniejszone zainteresowanie aktywnością seksualną – zarówno w parze, jak i solo – lub spadek potrzeby współżycia w porównaniu do tego, co było wcześniej. Kluczowe jest odniesienie do własnych doświadczeń – do tego, jak wyglądało Twoje libido wcześniej i jak jest teraz – a nie porównywanie się do innych. Pamiętaj, że doświadczanie potrzeby seksualnej jest kwestią bardzo indywidualną. Różnimy się pod względem poziomu libido, dlatego nie należy porównywać siebie do innych ani przyjmować, że partner z wyższym libido jest punktem odniesienia. Nie oznacza to, że jeśli druga osoba ma większą ochotę na seks, z Tobą jest coś „nie tak”.

Spadek libido może mieć wiele przyczyn, które często łączą się ze sobą w skomplikowany sposób. Wśród nich wymienia się zarówno czynniki emocjonalne, takie jak stres, przemęczenie, wypalenie, obniżony nastrój, wzrost lęku czy drażliwość, jak i te związane z relacjami – problemy w związku, konflikty czy brak bliskości. Istotny wpływ mają również codzienne nawyki i styl życia, na przykład niewystarczająca ilość snu, niezdrowa dieta czy brak aktywności fizycznej. Nie można też pominąć czynników medycznych, takich jak przyjmowane leki czy przewlekłe choroby, na przykład cukrzyca, schorzenia autoimmunologiczne, choroby tarczycy, nowotwory, problemy kardiologiczne czy przewlekłe zespoły bólowe.

Chorowanie przewlekłe a libido

Choroby przewlekłe często wiążą się z obniżeniem jakości życia, zmęczeniem, zaburzeniami hormonalnymi i stresem psychicznym, które mogą dodatkowo wpływać na funkcjonowanie seksualne. W tym kontekście libido nie jest wyłącznie kwestią „chęci” – jest wynikiem złożonej interakcji procesów biologicznych, emocjonalnych i relacyjnych. Współczesna seksuologia coraz częściej podkreśla potrzebę holistycznego podejścia, uwzględniającego zarówno aspekty medyczne, jak i psychoterapeutyczne. W przypadku chorób przewlekłych sama farmakoterapia często okazuje się niewystarczająca, ponieważ spadek pożądania może wynikać nie tylko z lęku, obniżonego poczucia atrakcyjności, depresji czy konfliktów w związku, ale również z przewlekłego napięcia emocjonalnego. Osoby z chorobami przewlekłymi częściej doświadczają smutku, złości czy wstydu, co aktywuje układ współczulny i utrudnia relaks. Takie napięcie ogranicza spontaniczność i może tłumić naturalne pożądanie seksualne.

Dlatego istotne jest uczenie się sposobów na obniżenie napięcia i przełączenie organizmu w tryb relaksu. W tym stanie układ przywspółczulny sprzyja odprężeniu, obecności w chwili i odczuwaniu przyjemności. W literaturze seksuologicznej opisano wiele metod wspierających taką regulację, m.in. techniki oparte na mindfulness i terapii poznawczo-behawioralnej.

Dlaczego spada libido?

Pożądanie seksualne jest zjawiskiem wielowymiarowym. Obecnie podkreśla się, że zależy od interakcji między procesami biologicznymi (hormony, układ nerwowy), psychologicznymi (emocje, samoocena, stres) oraz społecznymi (relacje, normy kulturowe). Choroba przewlekła może wpływać na każdy z tych obszarów. Dlatego szczególnie ważne jest codzienne dbanie o siebie i pielęgnowanie rytuałów, które pozytywnie wspierają życie seksualne. Choroba może obniżać energię, wywoływać zniechęcenie, pogarszać nastrój, zwiększać drażliwość, powodować ból, a także wprowadzać poczucie braku sensu życia. Doświadczenie choroby może również prowadzić do negatywnych przekonań o własnym ciele i atrakcyjności. Nie każdy doświadcza wszystkich tych czynników, a nawet pojedyncze z nich mogą czasami osłabić radość i chęć na seks. W przypadku obniżonego libido istotną rolę odgrywa także obawa czy ciało sprosta oczekiwaniom podczas intymności, oraz lęk przed tym, jak partner odbierze nasze reakcje i potrzeby. U osób z chorobami przewlekłymi seks może stać się postrzegany bardziej jako dodatkowy wysiłek niż źródło przyjemności. Naturalnie może to prowadzić do unikania bliskości, co z czasem pogłębia spadek libido. Badania pokazują, że obniżone pożądanie rzadko wynika z braku miłości czy więzi – częściej jest efektem przeciążenia fizycznego i emocjonalnego oraz utraty spontaniczności w intymności.

Pożądanie lubi spokój – co daje mindfulness?

Praktykowanie uważności może przynieść spokój, a jednocześnie wspierać naturalne pożądanie. Mindfulness polega na świadomym kierowaniu uwagi na to, co dzieje się „tu i teraz”, bez oceniania siebie ani swoich odczuć. Z perspektywy seksuologicznej ta metoda jest szczególnie pomocna dla osób z obniżonym libido, ponieważ pozwala skupić się na chwilowych doznaniach, odczuć płynących z ciała i cieszyć się każdym momentem intymności. W ten sposób zwiększa się przyjemność, a także tworzą się pozytywne wspomnienia związane z bliskością, do których naturalnie chce się wracać. Badania pokazują, że terapia grupowa oparta na mindfulness może znacząco poprawić funkcjonowanie seksualne kobiet z obniżonym libido, zwiększając zarówno poziom pożądania, jak i satysfakcji ze współżycia (Brotto & Basson, 2014). Uczestniczki zauważały większą zdolność koncentracji na doznaniach i mniejsze poczucie presji związanej z osiągnięciem „efektu”. To sugeruje, że mindfulness działa nie tylko jako technika relaksacyjna, ale także pomaga odbudować kontakt z własnym ciałem i zmysłowością. Dodatkowo interwencje oparte na uważności mogą łagodzić stres seksualny i towarzyszące objawy depresyjne, które czasem pojawiają się przy chorobach przewlekłych (Hucker & McCabe, 2015). Nauka obserwowania własnych myśli i emocji bez oceniania ułatwia powrót do spontanicznych reakcji seksualnych. Mindfulness bywa również pomocne w radzeniu sobie z przewlekłym bólem, ucząc stopniowej regulacji uwagi i obniżania napięcia emocjonalnego.

Mindfulness w łóżku – ćwiczenie dla ciebie

Nie każdy ma ochotę na seks pod presją czasu, obowiązków czy własnych oczekiwań. Dlatego specjaliści polecają mindfulness jako sposób na odbudowanie kontaktu z ciałem i przyjemnością. Nawet kilka minut dziennie może pomóc poczuć pożądanie i radość z bliskości, zamiast stresu i napięcia.

Ćwiczenie:

1. *Znajdź spokojne miejsce – usiądź lub połóż się wygodnie, w ciszy lub przy delikatnej muzyce.*
2. *Skup się na oddechu – obserwuj, jak powietrze wchodzi i wychodzi z ciała. Nie zmieniaj oddechu, po prostu zauważaj, co się dzieje.*
3. *Przeskanuj ciało – powoli przesuwać uwagę od stóp do głowy. Zauważ miejsca napięte i zrelaksowane. Nie oceniaj ich – obserwuj i zaciekawiaj się sobą.*
4. *Delikatny dotyk – połóż rękę na wybranej części ciała, np. ramionach, brzuchu czy szyi. Skup się na odczuciach: temperaturze, fakturze skóry, lekkości dotyku. Bądź „tu i teraz”.*
5. *Obserwuj myśli i emocje – jeśli pojawi się krytyczny głos typu „powinnaś czuć więcej”, zauważ go i wróć do ciała i oddechu. Oddychaj spokojnie, rytmicznie, głęboki wdech i wydech. Chodzi o przyjemność i świadomość chwili, nie o cel.*
6. *Zakończenie – po kilku minutach otwórz oczy, weź kilka głębszych oddechów i pocuj kontakt z ciałem.*

Najważniejsze jest odpuszczenie presji. Kiedy uwaga przesuwa się z wyniku na proces – dotyk, bliskość, obecność – pożądanie często pojawia się samo, naturalnie.

Twoje myśli a libido

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) pomaga dostrzec myśli i schematy, które mogą blokować przyjemność i naturalne pożądanie. Często osoby z obniżonym libido doświadczają wątpliwości i lęków, takich jak: „Nie jestem już atrakcyjny/a”, „Seks może być bolesny lub niebezpieczny”, „Nie dam rady” czy „Partner zauważył moje niedoskonałości”. Takie przekonania mogą zwiększać napięcie, tłumić pobudzenie i obniżać poczucie pewności siebie w intymności. CBT uczy, jak rozpoznać te automatyczne myśli i spojrzeć na nie mniej krytycznie. Dzięki temu można poczuć większy spokój w sytuacjach seksualnych, poprawić samopoczucie i odzyskać równowagę emocjonalną. Z czasem pomaga to zwiększyć poczucie własnej wartości, pewność siebie i satysfakcję w relacjach intymnych. Badania pokazują, że CBT może wspierać funkcjonowanie seksualne także przy chorobach przewlekłych, na przykład u kobiet z niedoczynnością tarczycy (Jalali et al., 2023). Choć biologiczne aspekty choroby pozostają istotne, praca nad myślami i emocjami ułatwia powrót do spontanicznej przyjemności i zmniejsza psychiczne bariery w intymności. Dla osób żyjących z chorobą przewlekłą CBT jest szczególnie pomocne, ponieważ często funkcjonują one w trybie ciągłej kontroli i napięcia. Seksualność wymaga pewnego odprężenia i gotowości na spontaniczność – a terapia pomaga znaleźć balans między bezpieczeństwem a przyjemnością, otwierając przestrzeń na naturalne doświadczanie bliskości i kontaktu z ciałem.

Sensate focus – jak odkryć przyjemność na nowo

Jedną z klasycznych metod terapii seksualnej, szczególnie pomocną przy obniżonym libido, jest sensate focus – delikatne ćwiczenia skoncentrowane na doznaniach i dotyku, opracowane przez Mastersa i Johnsona. Polegają one na stopniowym odkrywaniu własnego ciała i przyjemności w bezpiecznej, spokojnej atmosferze, bez presji na seks, penetrację czy orgazm. Dla osób z chorobą przewlekłą bliskość może czasem wiązać się z bólem, zmęczeniem czy obawami o reakcje ciała. Sensate focus pomaga odbudować pozytywne skojarzenia z dotykiem i intymnością, pozwala oderwać się od poczucia „zadania do wykonania” i ułatwia part-

nerom łagodną komunikację o swoich potrzebach, granicach i tym, co sprawia przyjemność. Ćwiczenia można wykonywać samodzielnie lub w parze, w komfortowej przestrzeni, w której czujemy się bezpiecznie. Ważne jest, aby skoncentrować się na oddechu, odczuciach płynących z ciała i kontakcie skóry, bez oczekiwań co do efektu. Powolne eksplorowanie ciała, świadome doświadczanie przyjemności i otwarta rozmowa o tym, co daje komfort, pozwalają powoli odzyskać kontakt ze swoją cielesnością. Kluczem jest obecność, uważność i brak presji – w takich warunkach intymność staje się źródłem radości i bliskości, a nie stresu czy lęku.

Ćwiczenie sensate focus dla pary

1. *Stwórzcie spokojną przestrzeń – przyciemnione światło, delikatna muzyka, brak przeszkód.*
2. *Skupienie na oddechu i ciele – usiądźcie lub połóżcie się obok siebie, zamknijcie oczy i obserwujcie oddech oraz kontakt skóry z materacem i dłońią partnera.*
3. *Dotyk bez celu – delikatnie dotykajcie ramion, pleców, dłoni lub nóg. Nie chodzi o seks ani orgazm, tylko o doznania.*
4. *Eksplozacja i uważność – powoli przesuwajcie uwagę na kolejne części ciała, obserwując przyjemne i neutralne odczucia.*
5. *Komunikacja – mówcie sobie, co jest przyjemne, a co niekomfortowe.*
6. *Brak presji i zakończenie – po ćwiczeniu porozmawiajcie o odczuciach i odkryciach.*

Zakończenie – krok po kroku do przyjemności

Obniżone libido w chorobie przewlekłej może być trudnym doświadczeniem, ale warto pamiętać, że istnieją sposoby na stopniowe odbudowywanie pożądania. Seksualność to przede wszystkim bliskość, przyjemność i kontakt z własnym ciałem – nie „sprawność” ani obowiązki. Metody takie jak mindfulness, CBT czy sensate focus oferują narzędzia, które pomagają pielęgnować radość z intymności i wzmacniają satysfakcję seksualną. Pożądanie często powraca stopniowo, w miarę jak rośnie poczucie bezpieczeństwa, akceptacji i komfortu. Nawet krótkie codzienne praktyki, trwające kilka minut, mogą znacząco poprawić jakość życia seksualnego i emocjonalnego. Wsparcie partnera i specjalistów może być nieocenione. Otwarta komunikacja, cierpliwość i wspólne odkrywanie bliskości pomagają odbudować kontakt z własnym ciałem i intymność w związku. Każdy drobny krok, każda chwila świadomej uważności powoli przybliży Cię do przyjemności – bez presji, z ciekawością i w zgodzie z tym, co naprawdę działa dla Ciebie i Twojego ciała.

Bibliografia (APA)

- Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behavior Research and Therapy*, 57, 43–54.
- Hucker, A., & McCabe, M. P. (2015). Mindfulness and female sexual dysfunction: A systematic review. *Journal of Sex Research*, 52(1), 3–19.
- Jalali, S., et al. (2023). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual function in women with hypothyroidism. *BMC Psychiatry*, 23, 1–10.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.

Stwardnienie rozsiane, dno miednicy i funkcje seksualne

Autorka: mgr Joanna Piórek-Wojciechowska, fizjoterapeutka uroginekologiczna, właścicielka gabinetu Kobięca Fizjoterapia

Zaburzenia seksualne w stwardnieniu rozsianym są częste, choć wciąż rzadko omawiane w gabinetach. Dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Mogą obejmować obniżone libido, trudności z pobudzeniem, problemy z erekcją lub lubrykacją, brak orgazmu, ból podczas współżycia czy dyskomfort związany z objawami ze strony pęcherza. To nie jest temat „drugiej kategorii”. Seksualność jest elementem zdrowia i jakości życia. A jej zaburzenia w SM mają konkretne, biologiczne mechanizmy.

Mechanizm: dlaczego SM wpływa na seksualność?

Stwardnienie rozsiane jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Zmiany demielinizacyjne w mózgu i rdzeniu kręgowym zaburzają przewodzenie impulsów nerwowych. A reakcja seksualna w dużej mierze opiera się właśnie na sprawnej komunikacji nerwowej.

W prawidłowej odpowiedzi seksualnej uczestniczą:

- drogi czuciowe (odbiór bodźców z okolic genitalnych),
- drogi ruchowe (kontrola mięśni dna miednicy),
- autonomiczny układ nerwowy (erekcja, nawilżenie, orgazm),
- ośrodki mózgowie odpowiedzialne za pożądanie i emocje.

Jeśli zmiany w SM obejmują te struktury, mogą pojawić się:

- osłabione lub zmienione czucie,
- trudność w osiągnięciu pobudzenia,
- problemy z erekcją lub lubrykacją,
- opóźniony lub mniej intensywny orgazm,
- spastyczność utrudniająca zbliżenie,
- ból w obrębie miednicy.

W literaturze opisuje się zaburzenia seksualne w SM jako wieloczynnikowe. Oznacza to, że oprócz zmian neurologicznych ogromne znaczenie mają czynniki pośrednie: zmęczenie, depresja, lęk, problemy z pęcherzem, działania niepożądane leków. Często to właśnie objawy pęcherzowe — parcia naglące, nietrzymanie moczu, obawa przed wyciekami — najbardziej wpływają na komfort w życiu intymnym.

Rola mięśni dna miednicy

Mięśnie dna miednicy, czyli te mięśnie, które od dołu zamykają naszą miednicę są integralną częścią odpowiedzi seksualnej. Odpowiadają za:

- kontrolę zwieraczy,
- stabilizację miednicy,
- zmianę napięcia podczas pobudzenia,
- rytmiczne skurcze w trakcie orgazmu.

W stwardnieniu rozsianym ich funkcja może być zaburzona na dwa sposoby.

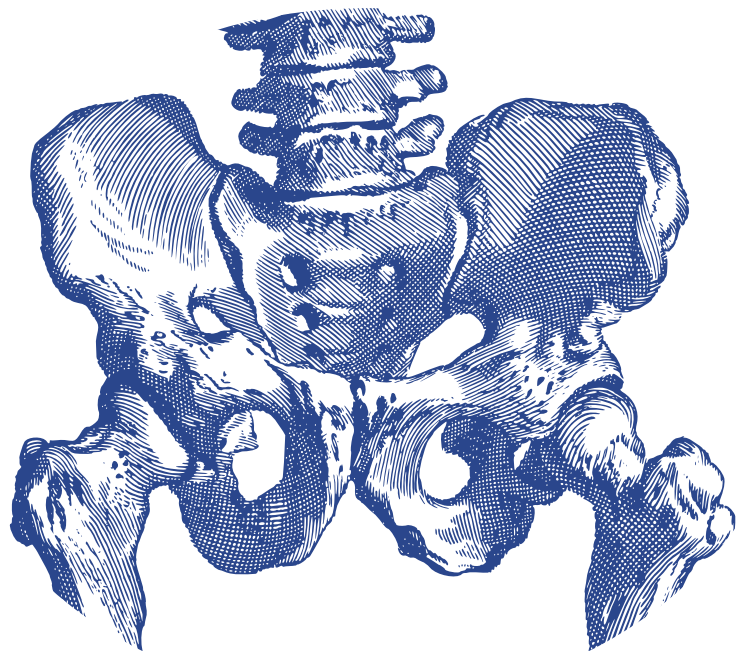
1. Osłabienie i obniżona wytrzymałość

Może prowadzić do nietrzymania moczu oraz mniejszej kontroli nad mięśniami, a u części osób także do obniżonej intensywności doznań lub wręcz jego braku.

2. Nadmierne napięcie lub spastyczność

Może powodować ból podczas współżycia, trudność w penetracji oraz uczucie „zaciskania”.

W praktyce klinicznej te mechanizmy często się mieszają. Dlatego uniwersalne zalecenie „ćwicz mięśnie dna miednicy” nie zawsze jest właściwe. U części pacjentek i pacjentów kluczowe jest najpierw nauczenie się świadomego rozluźniania.



Co mówi nauka o fizjoterapii w SM?

Badania pokazują, że odpowiednio prowadzony trening mięśni dna miednicy może:

- zmniejszyć epizody nietrzymania moczu,
- poprawić kontrolę nad pęcherzem,
- zwiększyć jakość życia,
- poprawić odczucia podczas współżycia,
- u części osób poprawić funkcje seksualne.

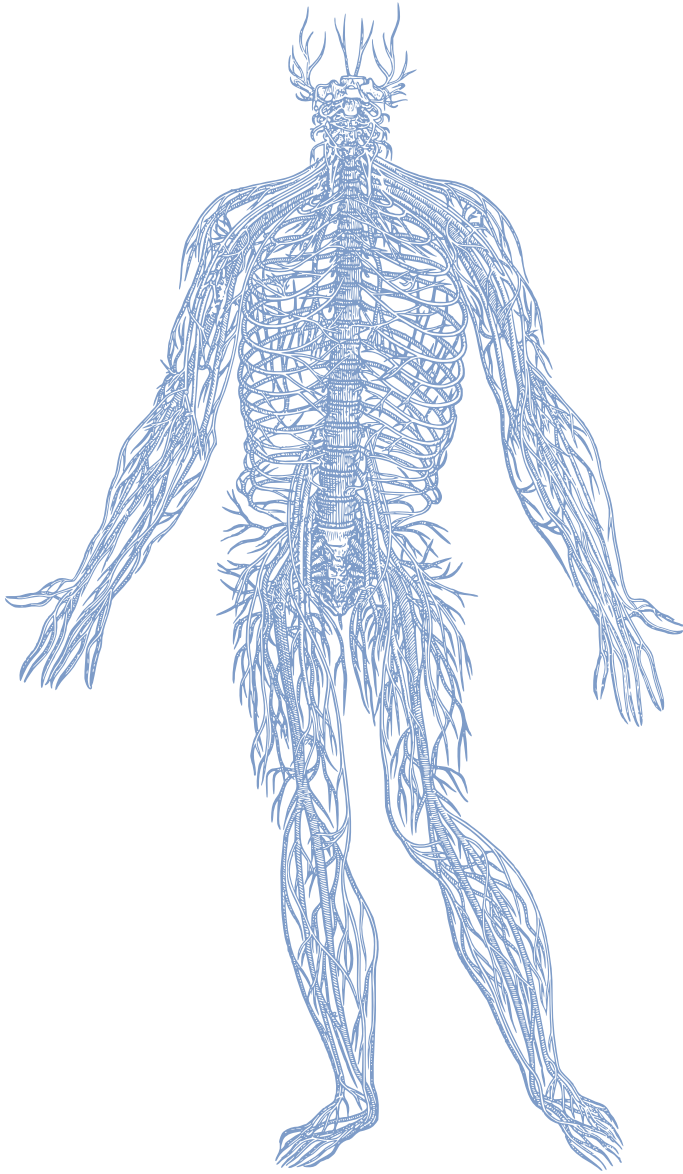
Skuteczność jest największa wtedy, gdy terapia jest indywidualnie dobrana i prowadzona razem z fizjoterapeutą uroginekologicznym.

W przypadku nadmiernego napięcia terapia koncentruje się na:

- nauce świadomego rozluźniania,
- pracy z oddechem torem przeponowym,
- zmniejszaniu napięcia w obrębie miednicy i bioder,
- poprawie czucia i koordynacji mięśni.

Stosuje się także biofeedback, który pomaga zrozumieć, czy mięśnie są napięte czy rozluźnione, oraz techniki wspierające regulację objawów pęcherzowych. Co ważne - fizjoterapia nie zastępuje leczenia neurologicznego, ale może być jego ważnym uzupełnieniem.

Układ nerwowy, sen i nadwrażliwość – dlaczego to ma znaczenie?



W stwardnieniu rozсіяnym układ nerwowy pracuje w innych warunkach niż u osoby zdrowej. Zmiany demielinizacyjne wpływają na przewodzenie impulsów, ale również na regulację napięcia i reakcji obronnych organizmu. To sprawia, że układ nerwowy bywa bardziej podatny na przeciążenie.

Co to oznacza w praktyce?

Oznacza to, że takie czynniki jak brak snu, przewlekły stres, infekcja czy przemęczenie mogą wyraźnie nasilać odczuwanie bólu i napięcia mięśniowego – również w obrębie miednicy. Badania pokazują, że już jedna nieprzespana noc zwiększa wrażliwość na bodźce bólowe i podnosi poziom lęku nawet u osób zdrowych. U osób z chorobą przewlekłą efekt ten może być silniejszy.

Jeżeli więc doświadczasz większego dyskomfortu w okresach gorszego snu czy nasilonego stresu, nie jest to przypadek i warto mieć to na uwadze.

Warto też zrozumieć mechanizm napięcia ochronnego. Jeśli podczas współżycia pojawił się kiedyś ból,

organizm może zapamiętać tę sytuację jako potencjalne zagrożenie. Przy kolejnym zbliżeniu mięśnie dna miednicy mogą automatycznie zwiększać napięcie „na wszelki wypadek”. To naturalny mechanizm obronny. Problem polega na tym, że nadmierne napięcie utrudnia rozluźnienie, a brak rozluźnienia sprzyja bólowi. W ten sposób może powstać błędne koło.

To bardzo ważne: ból jest realny, nawet jeśli badania obrazowe nie pokazują nowych zmian w przebiegu SM. Rezonans magnetyczny nie pokazuje stopnia napięcia mięśni

ani poziomowi uwrażliwienia układu nerwowego. Nadreaktywność nie oznacza „wyobrażenia sobie” objawów. Oznacza, że układ nerwowy reaguje silniej niż powinien.

Dobra wiadomość jest taka, że nadwrażliwość można stopniowo zmniejszać. Regulacja snu, redukcja przewlekłego stresu, odpowiednio dobrany ruch, praca z oddechem oraz terapia ukierunkowana na rozluźnianie mięśni pomagają układowi nerwowemu odzyskać większą równowagę.

W SM nie mamy wpływu na wszystko. Ale mamy wpływ na to, w jakich warunkach pracuje nasz układ nerwowy. A to ma znaczenie.

Co możesz zrobić na co dzień?

Nie wszystko wymaga specjalistycznej terapii. Wiele działań można wprowadzić samodzielnie.

Zadbaj o sen. ←

Stałe godziny snu, ograniczenie światła wieczorem, przewietrzona sypialnia — to proste elementy wspierające regulację układu nerwowego.

Uwzględnij poziom energii. ←

Zmęczenie to jeden z głównych czynników obniżających satysfakcję seksualną. Planowanie zbliżeń w czasie większej energii może mieć znaczenie.

Opróżnij pęcherz przed współżyciem. ←

To zmniejsza napięcie i lęk.

Wykorzystaj oddech. ←

Położ się na plecach, ugnij nogi w kolanach i oddychaj spokojnie. Przy dłuższym wydechu spróbuj świadomie „puścić” napięcie z okolicy krocza. Ta umiejętność jest szczególnie cenna przy skłonności do nadmiernego napięcia.

Zastosuj ciepło. ←

Ciepła kąpiel lub ciepły okład w okolicy krocza mogą pomóc rozluźnić tkanki przed zbliżeniem.

Podsumowanie

Seksualność w stwardnieniu rozsianym może się zmieniać. Część trudności wynika bezpośrednio z mechanizmów neurologicznych, część z wtórnych konsekwencji choroby — zmęczenia, napięcia, zaburzeń snu czy objawów pęcherzowych. Nie wszystkie objawy można całkowicie wyeliminować. Ale wiele z nich można zmniejszyć. Rozmowa, odpowiednio dobrana terapia, regulacja snu i napięcia oraz praca z ciałem mogą realnie poprawić komfort i jakość życia.



Był ciepły, wiosenny dzień. Szłam do pracy, korzystając z pierwszych chwil ciepła. Gdy podeszłam bliżej, przed biurem PTSR dostrzegłam oparty o drzewo rower i stojącą obok dziewczynę. Zapytałam, czy przyszła do nas. Potwierdziła dodając, że czeka od 7:30. Było widać, że wcześniej płakała... Zaprosiłam ją do środka. Usiadłyśmy, a ona zaczęła opowiadać swoją historię. Jak się dowiedziałam, od jakiegoś czasu obserwowała u siebie dziwne objawy: problemy ze wzrokiem, zaburzenia czucia. Aby rozwikłać ich przyczynę, odwiedzała kolejnych lekarzy i robiła liczne badania. Gdy na kolejnych wizytach dowiadywała się, że badania niczego nie wykazują, czuła ulgę. Jednak pewnego dnia zadzwonił telefon. W trakcie krótkiej rozmowy usłyszała od lekarza, że to SM i powinna poszukać ośrodka leczącego chorobę. Nic więcej...W pierwszej chwili poczuła szok, niedowierzenie...Rozmowa była tak krótka, a ona tak zaskoczona, że nie zdążyła zadać żadnego pytania. Za to mnóstwo kłębiło się jej w głowie: *co dalej robić? co oznacza ta diagnoza? czy w moim życiu coś się zmieni?* Do biura PTSR przyszła po informacje. Chciała zrozumieć to wszystko, co usłyszała, dowiedzieć się, gdzie szukać leczenia. Przyszła również po wsparcie. Po rozmowie w PTSR wychodziła podniesiona na duchu, ze świadomością, że jest miejsce, gdzie może otrzymać pomoc, że nie jest sama. Tę historię opowiedziała nam nasz koleżanka Marta, z biura PTSR. Słyszemy ich codziennie wiele, w każdej z nich dostrzegamy człowieka, któremu trzeba pomóc. Dlatego warto przekazać nam 1,5% podatku, bo dzięki niemu możemy zapewnić fachowe wsparcie chorym na SM.

Przełącz 1.5 procent podatku Polskiemu
Towarzystwu Stwardnienia Rozsianego,
KRS: 0000083356



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO



KRS: 0000083356

Cel szczegółowy:

CELE STATUTOWE

razem łatwiej.

INFOLINIA SM I SPECJALISTYCZNA OGÓLNOPOLSKA
PORADNIA DLA OSÓB ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

Skorzystaj z **bezpłatnych konsultacji** specjalistów oraz dowiedz się więcej o stwardnieniu rozsianym w ramach projektu **razem łatwiej.**

Dla kogo?

Dla Ciebie - osoby z SM!

Napisz www.ptsr.org.pl

Zadzwoń (22) 127 48 50



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt "Razem łatwiej - Infolinia SM i Specjalistyczna ogólnopolska poradnia dla osób ze stwardnieniem rozsianym" współfinansowany jest ze środków PFRON.

Nowe przepisy i propozycje reform dotyczące osób z niepełnosprawnościami w Polsce

Czy to reformy, które ułatwią codzienne funkcjonowanie, zwiększą niezależność, poprawią jakość życia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin? Jak zwykle w takich przypadkach: pokaże czas i praktyka.

Świadczenia i wsparcie finansowe – nowe kwoty i nowe uprawnienia

Wyższe świadczenie pielęgnacyjne

Od 1 stycznia 2026 r. świadczenie wynosi 3386,00 zł na mocy obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej [[strona z obwieszczeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej](#) z 24 października 2025 r. w sprawie wysokości świadczenia pielęgnacyjnego w 2026 roku, M.P. 2025 poz. 1127].

Nowa grupa uprawnionych do świadczenia wspierającego

Od 2026 roku to dodatkowo osoby, które uzyskały już co najmniej 70 punktów w decyzji Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Wysokość świadczenia jest powiązana z rentą socjalną i zależy od liczby punktów – im jest ich więcej, tym świadczenie jest wyższe. W przedziale od 70 do 74 punktów wynosi 40 proc. renty socjalnej, w przedziale od 75 do 77 punktów - 60 proc. renty socjalnej.

Wyższa kwota renty socjalnej

Od marca 2026 r. będzie to 1970,60 zł. Wzrost wynika z planowanej waloryzacji (na poziomie 4,88 proc.). Nowa stawka będzie obowiązywać przez 12 miesięcy.

mikroRNA. To są krótkie cząsteczki RNA, które mają około 20 nukleotydów. Pełnią one bardzo ważną funkcję w regulacji genów kodujących białka. Niektórzy uważają, że cząsteczki mikroRNA mogą być bardzo ważne nawet dla powstania życia.

Reforma przepisów dotyczących zwolnień lekarskich

Nowelizacja ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw została podpisana przez Prezydenta RP 7 stycznia 2026 r. i wprowadza najpoważniejsze od lat zmiany w zasadach korzystania z chorobowego oraz w kontrolach prowadzonych przez ZUS i pracodawców. Nowelizacja została opublikowana w Dzienniku Ustaw [**strona z nowelizacją ustawy z 18 grudnia 2025**] i wchodzi w życie z dniem 13 kwietnia 2026 r.

Jasne definicje: praca zarobkowa i aktywność niezgodna z celem L4

Dotychczas nawet krótka aktywność zawodowa mogła skutkować utratą świadczenia. Teraz przepisy dopuszczają drobne, wyjątkowe czynności, o ile wynikają z ważnych okoliczności i nie zakłócają leczenia (np. pilne podpisanie dokumentu). Ważne: polecenie pracodawcy taką istotną okolicznością nie jest. Wykonywanie pracy zarobkowej lub innych aktywności utrudniających leczenie nadal powoduje utratę zasiłku za cały okres L4.

Zwykłe czynności życia codziennego są dozwolone w czasie L4, np. wyjście do sklepu, o ile nie stoją w sprzeczności z procesem leczenia.

Od 2027 r. możliwe **będzie pobieranie zasiłku chorobowego u jednego pracodawcy i jednoczesna praca u drugiego** – jeśli charakter niezdolności chorobowej na to pozwala.

Orzecznictwo – ujednoczenie zasad

Zgodnie ze wspomnianą już nowelizacją ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw zmieniają się też niektóre przepisy dotyczące orzeczeń wydawanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Reforma wprowadza bardzo ważną zmianę: **30-dniowy termin na wydanie orzeczenia** przez lekarza orzecznika ZUS od dnia wpływu do zakładu wniosku przekazanego przez podmiot uprawniony (dla niezdolności do pracy).

Co więcej, **skierowanie na rehabilitację leczniczą** w ramach prewencji rentowej ZUS nie będzie wymagało wydania decyzji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Dodatkowo nowelizacja wprowadza zapis umożliwiający przeprowadzenie **badania lekarskiego orzeczniczego w miejscu pobytu osoby zainteresowanej**, jeśli stan zdrowia (potwierdzony zaświadczeniem lekarskim wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia wniosku o świadczenie) uniemożliwia stawienie się na badanie.

Reforma wprowadza też możliwość orzekania przez jednego lekarza w pierwszej i drugiej instancji. Ponadto, lekarz orzekający w pierwszej instancji w danej sprawie będzie wyłączonej od orzekania w tej sprawie w drugiej instancji. Ustawą poszerzono również listę zawodów medycznych uprawnionych do wydawania orzeczeń – będą to teraz mogli robić również fizjoterapeuci oraz pielęgniarki, przy zachowaniu nadzoru i ustaleniu wymaganych kwalifikacji. Nowelizacja ustawy liczy 23 strony, warto zapoznać się z nimi w całości [**strona z nowelizacją ustawy z 18 grudnia 2025**]

Zmiany w zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej

Od 1 stycznia 2026 r. obowiązuje nowelizacja ustawy o rehabilitacji zawodowej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1665).

Najważniejsze rozwiązania wprowadzone na mocy ustawy to:

zwolnienie Zakładów Aktywności Zawodowej i Zakładów Pracy Chronionej z obowiązku **zapewnienia doraźnej opieki medycznej**.

zwiększenie limitu zatrudnienia osób z umiarkowaną niepełnosprawnością w ZAZ z 35% do 55%.

zwolnienie podmiotów udzielających ulgi we wpłatach na PFRON z **obowiązku wystawiania nabywcom informacji o możliwości obniżenia wpłat na PEFRON** przy sprzedaży produktów i usług.

Asystencja osobista – prace nad ustawą

Projekt ustawy, przygotowanej wspólnie przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych Łukasza Krasonia, 28 października 2025 r. przyjęła Rada Ministrów. Projekt ma wprowadzić ramy prawne gwarantujące dostępność usług asystenckich dla wszystkich potrzebujących.

Według projektu **asystencja osobista oznacza** „zorganizowaną formę indywidualnego wsparcia osoby z niepełnosprawnością, polegającą na wsparciu tej osoby w wykonywaniu codziennych czynności, poruszaniu się oraz uczestniczeniu w życiu społecznym i zawodowym, umożliwiającą tej osobie niezależne życie, świadczoną pod kierunkiem osoby z niepełnosprawnością i zgodnie z jej potrzebami”.

Asystencja w wymiarze od 20 do 80 godzin pomocy miesięcznie miałyby objąć osoby między 13 a 18 rokiem życia, posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami:

konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz

konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, albo orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Zaś w wymiarze od **20 do 240 godzin pomocy miesięcznie** osoby od 18 roku życia do 65. roku życia, które w zakresie poziomu potrzeby wsparcia, o którym mowa w art. 4b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - uzyskały co najmniej 80 punktów.

Ustawa miałyby wejść w życie 1 stycznia 2027 roku. Od kwietnia 2027 roku z pomocy asystentów miałyby zacząć korzystać osoby w wieku 18-65 lat, które w skali potrzeby wsparcia otrzymały co najmniej 90 punktów. Osoby w wieku 13-18 lat miałyby zostać

objęte ustawą dopiero od 1 stycznia 2030 roku.

Więcej informacji o projekcie na stronie www.gov.pl

Polski Akt o Dostępności

Warto wspomnieć tu przy okazji o Polskim Akcie Dostępności, czyli ustawie o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze z 26 kwietnia 2024 r., której to przepisy weszły w życie 28 czerwca 2025 r. Ustawa nakłada nowe obowiązki na przedsiębiorców w zakresie dostępności produktów i usług. Dostępne muszą być zatem m.in.: bankomaty, wpłatomaty, automaty biletowe, odtwarzacze multimedialne, czytniki książek elektronicznych a także usługi łączności elektronicznej czy sklepy internetowe.

Jeśli prawo do dostępności nie jest realizowane, zastrzeżenia można zgłosić do Prezesa Zarządu PFRON albo do podmiotu gospodarczego, od którego konsument kupuje produkt, albo z którego usług korzysta.

Strona z niezbędnymi informacjami na temat tego, jak złożyć zawiadomienie



SM i nauka

Co ostatnio udało się odkryć badaczom?

Analiza AI ujawniła dwa odrębne typy stwardnienia rozsianego

Na łamach czasopisma „Brain” opublikowano wyniki badania naukowców z University College London i Queen Square Analytics, które wskazują, że stwardnienie rozsiane ma dwa odrębne biologiczne typy związane z poziomem białka zwanego łańcuchem lekkim neurofilamentu surowicy (sNfL) we krwi. sNfL wskazuje stopień uszkodzenia komórek nerwowych i stanowi użyteczną miarę aktywności choroby.

Do analizy naukowcy wykorzystali specjalnie opracowaną sztuczną inteligencję, która porównała próbki krwi na obecność sNfL oraz standardowe obrazy mózgu z rezonansu magnetycznego od 634 chorych. Wyodrębnione na tej podstawie typy to:

- Wczesny sNfL: Pacjenci z tym typem mieli wysoki poziom sNfL we wczesnej fazie choroby wraz z widocznym uszkodzeniem części mózgu zwanej ciałem modzełowym. Szybko rozwinęły się u nich również zmiany w mózgu (uszkodzone obszary). Według badaczy to bardziej agresywny i aktywny typ SM.
- Późne sNfL: Pacjenci z tym typem wykazywali kurczenie się mózgu w obszarach takich jak kora limbiczna i głęboka istota szara, zanim poziom sNfL wzrósł (co oznacza, że choroba postępowała znacznie bardziej, zanim poziom sNfL wzrósł). Ten typ według badaczy przebiega wolniej, a widoczne uszkodzenia pojawiają się później.

Autorzy badania utrzymują, że to odkrycie może pomóc lekarzom dokładniej przewidywać, którzy chorzy są bardziej narażeni na rozwój nowych zmian w mózgu i pogorszenie stanu klinicznego. A to z kolei wpłynie na bardziej spersonalizowaną opiekę i celowane leczenie.

K102 i jego rola w remielinizacji

Z kolei w czasopiśmie Scientific Reports znalazły się wyniki badaczy ze School of Medicine University of California i University Illinois Urbana-Champaign, którzy opisali dwa związki mogące przywrócić mielinę uszkodzonym aksonom.

Chodzi o dwa związki: K102 i K110. To analogi chlorku indazolu, które w badaniach wykazały bezpieczeństwo, skuteczność i właściwości lekowe. Ogromny potencjał ma zwłaszcza K102, który sprzyja remielinizacji, ale także moduluje funkcje odpor-



nościowe. Zdaniem naukowców związki wykazują duży potencjał w leczeniu stwardnienia rozsianego i być może innych chorób neurologicznych związanych z demielinizacją.

Nowy mechanizm łączący wirusa Epsteina-Barra z SM

Z najnowszych badań przeprowadzonych przez Karolinska Institutet, opublikowanych w czasopiśmie „Cell” wynika, że reakcja układu odpornościowego na powszechnego wirusa Epsteina-Barra może ostatecznie uszkodzić mózg i przyczynić się do rozwoju stwardnienia rozsianego.

Do tej pory było wiadomo, że wszystkie osoby, u których rozwija się stwardnienie rozsiane, były zakażone wirusem Epsteina-Barra (EBV), ale sposób, w jaki wirus ten przyczynia się do rozwoju stwardnienia rozsianego, pozostawał niejasny. Nowe badania pokazują, że kiedy układ odpornościowy zwalcza EBV, część komórek T, które normalnie atakują wirusa, może również reagować na białko

w mózgu zwane Anoctamin-2 (ANO2). Zjawisko to nazywa się mimikrą molekularną – komórki odpornościowe myślą białka własnego organizmu z białkami wirusa. Naukowcy odkryli, że te krzyżowo reagujące komórki T występują znacznie częściej u osób z SM niż u zdrowych osób. Oznacza to, że reakcje immunologiczne na wirusa EBV mogą bezpośrednio uszkadzać mózg w przypadku stwardnienia rozsianego.

Mikrobiota jelitowa a SM

Mikrobiota czyli mikroorganizmy, które żyją w naszych jelitach odgrywają kluczową rolę w modulowaniu naszego układu odpornościowego i utrzymaniu zdrowia. Określony mikrobiom jelitowy, czyli zbiór genów tych wszystkich organizmów, może mieć związek z ryzykiem wystąpienia, przebiegiem i postępowaniem stwardnienia rozsianego. Dowody wskazują, że mikroflora osób z SM ma bardziej prozapalny profil.

<https://news.ucr.edu/articles/2025/10/08/new-hope-ms>

<https://news.ki.se/new-mechanism-links-epstein-barr-virus-to-ms>

<https://www.theguardian.com/society/2025/dec/30/two-new-subtypes-of-ms-found-in-exciting-breakthrough>



Ciąża i stwardnienie rozsiane

Autor: Wojciech Mikołuszko, dziennikarz naukowy, autor książek

Czy zajście w ciążę wpływa na przebieg SM? Jak najbardziej – dowodzą badania

To wiedza szeptana – ta, która ma największy wpływ na ludzi. Głosi ona, że podobno w trakcie ciąży zmniejsza się postęp stwardnienia rozsianego, a zaraz po porodzie liczba rzutów wzrasta (w stosunku do okresu przed ciążą). Co na to nauka?

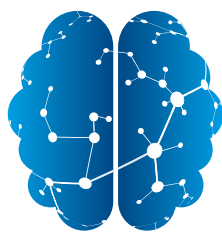
Znalazłem pracę w „JAMA Network Open”. Ma dużo autorów. Na pierwszym miejscu jest Jessica Shipley z dwóch instytucji: Monash University i Alfred Health – obie w Melbourne w Australii. Naukowcy zbadali 1631 kobiet ze stwardnieniem rozsianym, które miały EDSS 3 lub więcej (EDSS to stopień niepełnosprawności – tym większy im bliżej 10, a 10 oznacza śmierć) – zarówno ciężarnych, jak i nie.

Piszą tam, że planowanie ciąży jest częstym i ważnym aspektem SM. Właściwie nie musieli tego pisać - to powszechnie wiadomo. Wcześniejsze prace, ich zdaniem, skupiały się na ciąży kobiet z niskim EDSS, wynoszącym od 0 do 2. Jest więc – piszą – znacząca luka w wiedzy o kobietach z wyższym EDSS planujących zajście w ciążę. Ta praca ma ją wypełniać.

Dotychczasowe badania odkryły mniej rzutów w czasie ciąży, szczególnie w trzecim trymestrze, a po urodzeniu wzrost liczby rzutów. To się zgadza z wiedzą szeptaną. Nowa praca donosi o podobnym trendzie u kobiet z wyższym EDSS. W trakcie ciąży roczny wskaźnik nawrotów zmniejszył się o 59 do 75 proc., a w czasie pierwszych trzech miesięcy po urodzeniu wzrósł o 36 proc.

Większa liczba rzutów w trakcie ciąży była u kobiet młodszych oraz u tych, które miały wyższy roczny wskaźnik nawrotów, zażywały natalizumab lub fingolimod oraz przerwały terapię lekową przed zapłodnieniem. Podobne wyniki miały prace, w których badano kobiety o niższym wskaźniku EDSS. Najwięcej rzutów występowało u kobiet na fingolimodzie – wzrost ryzyka wynosił nawet 14 razy. Dlatego, zdaniem autorów, ten lek powinien być unikany przez kobiety w wieku rozrodczym i o większej niepełnosprawności.

Ponadto wycofanie natalizumabu przed zapłodnieniem zwiększało ryzyko rzutów w czasie ciąży. Tymczasem kontynuacja zażywania tego leku zmniejszała je aż do trzeciego trymestru, chociaż nie osiągała wyników znaczących statystycznie. Późniejsze rozpoczęcie terapii lekowej wcześniej po urodzeniu, w pierwszym miesiącu, znacząco obniżyło ryzyko rzutów. Decyzja musi zapaść biorąc pod uwagę karmienie piersią. Ale wzrastają dowody na bezpieczeństwo nowoczesnych terapii: okrelizumabem, rituximabem i natalizumabem po porodzie. Te badania zgadzają się z opublikowanymi wskazówkami klinicznymi opartymi na analizie kobiet o mniejszej niepełnosprawności.



NEURO

zmobilizowani

NEUROzmobilizowani.pl to kampania edukacyjna, której celem jest wspieranie osób z chorobami neurologicznymi, takimi jak stwardnienie rozsiane (SM), spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia (NMOSD/choroba Devica), rdzeniowy zanik mięśni (SMA) i dystrofia mięśniowa Duchenne'a (DMD) – oraz ich bliskich. Jednocześnie kampania ma na celu podnoszenie społecznej świadomości na temat tych schorzeń i wyzwań, z jakimi mierzą się pacjenci.

Działania edukacyjne prowadzone są na stronie internetowej kampanii:

WWW.NEUROZMOBILIZOWANI.PL

**RAZEM W
DZIAŁANIU**

oraz na dedykowanym profilu na Facebooku.

Na stronie kampanii znajdują się rzetelne i aktualne treści medyczne – dotyczące m.in. objawów, przebiegu, diagnostyki i nowoczesnych metod leczenia SM, NMOSD, SMA i DMD. Dostępne są również filmy z udziałem ekspertów – lekarze odpowiadają na najczęstsze pytania i poruszają historie pacjentów, które inspirują i dają nadzieję. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego jest partnerem kampanii.

Zadaj pytanie ekspertowi,
sprawdź informacje
na temat SM.



www.zapytajosm.pl

Kampania Polskiego Towarzystwa
Stwardnienia Rozsianego

Partner kampanii



Z nami nie zginiesz w gąszczu informacji

Autorka Marta Szantroch, PTSR

Miniony rok w PTSR, zresztą tak jak i poprzednie lata, charakteryzował się prowadzeniem intensywnych działań edukacyjno-informacyjnych. Warto o nich wspomnieć na łamach SM Expressu, ponieważ materiały, które powstały w ich wyniku, są wciąż dostępne i czekają na nowych odbiorców. Ale to nie wszystko - niektóre aktywności, które realizowaliśmy w 2025 roku nie miały jeszcze swojej oficjalnej premiery, którą zaplanowaliśmy na 1 kwartał 2026 r. A jest na co czekać!

Co zatem z 2025 r. warto przypomnieć? I choć najchętniej odpowiedzielibyśmy „Wszystko!”, to niestety nie mamy na łamach naszego magazynu aż tyle miejsca. Musimy zatem wybrać tylko kilka aktywności. A więc zaczynamy... W zeszłym roku dzieliliśmy się wiedzą na temat różnych spektrum zagadnień związanych ze stwardnieniem rozsianym. W naszym odczuciu wciąż idealnie nadają się do tego spotkania on-line, ponieważ pozwalają na dotarcie do licznej grupy chorych z różnych miejsc w Polsce i na świecie. Spotkaliśmy się zatem z kilkoma neurolożkami, ekspertkami w dziedzinie SM, które poprowadziły dla nas bardzo ciekawe webinary, a także odpowiadały na pytania zadawane przez osoby ze stwardnieniem rozsianym. I tak, dr n. med. Aleksandra Podlecka-Piętowska opowiedziała o typowych i mniej typowych objawach SM i różnicowaniu choroby z innymi schorzeniami. Prof. IPiN Iwona Sarzyńska-Długosz rozmawiała z nami o aktywności ruchowej wśród osób z SM, podkreślając to, że to nie tylko profilaktyka, ale inwestycja w lepszą jakość życia, i że ruch jest możliwy dla wszystkich, nawet tych chorych, których mobilność jest już istotnie ograniczona. Z kolei dr n. med. Iwona Rościszewska-Żukowska swój webinar poświęciła planowaniu ciąży przez kobiety ze stwardnieniem rozsianym - podsumowała aktualną wiedzę, w tym informacje dotyczące



poszczególnych preparatów immunomodulujących SM i ich przyjmowania przez przyszłe mamy. W ramach naszej kampanii „Zapytaj o SM” (www.zapytajosm.pl) odbyły się trzy spotkania on-line: z prof. Alicją Kalinowską, dr n. med. Justyną Chojdak-Łukasiewicz oraz dr n. med. Kamilą Żur-Wyrozumską. Webinary w ramach kampanii mają o tyle ciekawą formułę, że zaproszeni goście odpowiadają w ich trakcie na pytania zadawane przez osoby z SM przez formularz zamieszczony na stronie kampanii. Pozwala to na poruszenie naprawdę wielu, często bardzo osobistych tematów, od diagnozy SM (w tym wyników badań), po kwestie lifestylowe (np. medycyna estetyczna). I teraz ważna informacja - wszystkie wymienione wyżej webinary i wiele innych można obejrzeć na kanale PTSR na Youtube (wystarczy w wyszukiwarce serwisu wpisać „Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego” lub @PTSRorg).

Kolejnym zrealizowanym projektem naszej organizacji było wydanie wraz z kampanią NEUROzmobilizowani publikacji pt: „Dbaj o siebie. Jak radzić sobie ze zmęczeniem w SM.” Wiemy, że zmęczenie to nie tylko jeden z najczęstszych objawów choroby, ale też najbardziej dotkliwy i trudny do wytłumaczenia. Dlatego poprosiliśmy ekspertów: Artura

Sadowskiego, neurologa oraz Joannę Tokarską, fizjoterapeutkę, by stworzyli materiał sztyty na miarę potrzeb osób z SM. Publikacja jest wyczerpująca, ale też napisana przystępnym językiem. Można ją zamówić kontaktując się z naszym biurem na adres: biuro@ptsr.org.pl.

2025



Dostępna jest za darmo.

W 2025 roku uruchomiliśmy również Mapę SM, interaktywne narzędzie, dzięki któremu osoby chore na SM mogą znaleźć ośrodki prowadzące leczenie stwardnienia rozsianego, a także namiary na lekarzy i specjalistów opieki medycznej (psychologów, fizjoterapeutów itd.). Wielu z nich zostało poleconych przez innych chorych na stwardnienie rozsiane, dzięki czemu Mapa SM nabrała niezwykłego charakteru! Narzędzie dostępne jest na naszej stronie internetowej www.ptsr.org.pl w zakładce „Jak pomagamy”.

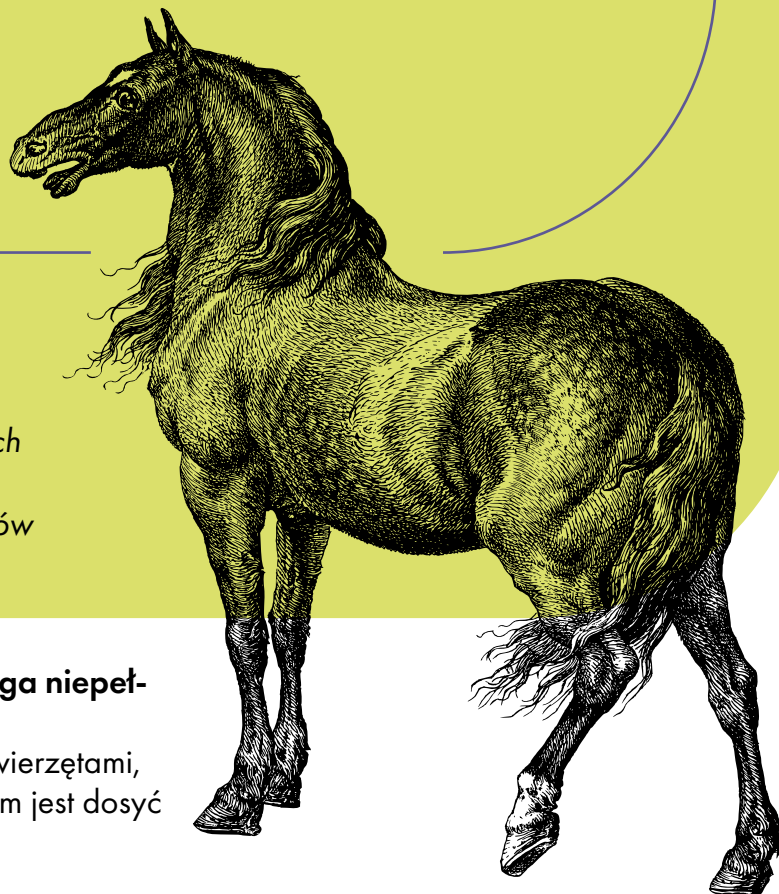
Oczywiście działań naszej organizacji w 2025 r. było o wiele więcej, np. 2 edycja konferencji „Stwardnienie rozsiane. Wiem więcej” czy XIII Abilimpiada SM. A w 2026 r. czekać będzie na Was jeszcze więcej wiedzy. Pojawi się na przykład broszura kierowana do kobiet z SM planujących ciążę, która zawierać będzie najważniejsze i aktualne informacje. Pracowały nad nią w 2025 r. ekspertki - dr n. med. Iwona Rościszewska-Żukowska, neurołożka oraz prof. Justyna Teliga-Czajkowska, ginekolożka. Ponadto opublikujemy, przygotowaną w zeszłym roku, serię videopodcastów, w których rozmawiać będziemy o objawach, rzutach, przestrzeganiu leczenia, suplementach. Bądźcie zatem z nami!



Na koń!

Z Moniką Sitarską rozmawia Wojciech Mikołuszko

Monika Sitarska to utytułowana zawodniczka ujeżdżenia i trenerka jazdy konnej. Prowadzi obecnie Pony Academy w Stajni Chojnów obok Warszawy. Razem z zespołem wykwalifikowanych instruktorek szkoli dzieci, młodzież i dorosłych. Prywatnie jest mamą 12-letniej zawodniczki skoków przez przeszkody.



Wojciech Mikołuszko: Jak jazda konna pomaga niepełnosprawnym?

Monika Sitarska: Uważam, że obcowanie ze zwierzętami, bycie w stajni, daje dużo radości. Kontakt z koniem jest dosyć dużym wyzwaniem.

Przynosi korzyści mózgowi?

Też. Wsiadanie na konia i jazda na nim rozwijają odwagę. W stajni poznaje się dużo osób. To bardzo ciekawe środowisko. Powstają interakcje międzyludzkie. Zwiększa się ilość endorfin, zmniejsza stres, lęk i napięcie. Konie wyciszają.

Jak jazda konna działa na układ ruchowy?

Ktoś, kto nigdy nie jeździł konno, myśli, że tylko koń męczy się, a jeździec siedzi sobie. To nieprawda. U jeźdźcy wszystkie mięśnie muszą pracować. Poruszają się również te, które są niewidoczne. Cały czas trzeba utrzymywać równowagę. Jak koń idzie pod nami, musimy za nim podążać ciałem. Stajemy się elastyczni.

Czy jest taka grupa niepełnosprawnych, która powinna jeździć konno i taka, która nie powinna?

Nie mam kompetencji, żeby się wypowiadać, kto powinien, a kto nie powinien, gdyż nie jestem wykwalifikowanym hipoterapeutą. Jako trener pracuję głównie z dziećmi i z zawodnikami. Dlatego wiem, że to jest bardzo rozwijające dla dzieci z zespołem Downa, ze spektrum autyzmu, dla tych, które mają kłopoty psychiczne, problemy rozwojowe, ADHD.

Jak jazda konna pomaga konkretnie osobom chorym na stwardnienie rozsiane?

Osoba siedząca na koniu musi balansować całym ciałem, aktywuje mięśnie stabilizujące i poprawia kontrolę postawy. To pomaga zmniejszyć problemy z równowagą.

Istnieje ryzyko, że osoba chora na stwardnienie rozsiane spadnie z konia?

Niestety, zawsze jest takie ryzyko. Konie to są żywe stworzenia, które z natury bywają płochliwe. Natomiast zwierzęta, których używamy do pracy z osobami ze stwardnieniem rozsianym, staramy się dobierać tak, żeby były bardzo stabilne, spokojne, grzeczne, takie, które znoszą różne problemy. To oczywiście zmniejsza ryzyko.

Czy są rasy koni bardziej odpowiednie dla osób niepełnosprawnych?

Oczywiście, że są. My to nazywamy końmi troszeczkę pogrubionymi - np. Welsh Cob, Irish Cob i Haflinger. Konie średniej wielkości, mocniejszej budowy, o bardziej pogodnym temperamencie. Te używane w sporcie są bardzo „gorące”. W momencie, kiedy już na nie wsiadamy, czujemy to.

Mnie przy wsiadaniu i zsiadaniu z konia ktoś musi pomóc. Czy może to być dowolna osoba czy powinna być wykwalifikowana?

Absolutną koniecznością są stabilne schodki do wsiadania. Osoba, która pomaga przy wsiadaniu powinna zajmować się końmi, znać ich psychikę. Niekoniecznie musi to być trener.

Czy osoba, która pomaga, powinna się znać na chorobie, którą ma dany człowiek?

Myślę, że jeżeli osoba, która pracuje z końmi, przeprowadza wywiad z człowiekiem wsiadającym na konia, pyta go, które mięśnie pracują lepiej, a które gorzej, to może tak zrobić, żeby to było bezpieczne. Bo sam moment wsiadania na konia potrafi być ryzykowny. Czasami na przykład się usiądzie za siodłem, bo koń się poruszy.

Osobie niepełnosprawnej lepiej jeździć w terenie czy pod dachem?

To jest związane ze stopniem niepełnosprawności. Osobom, które są bardzo chore, jest wskazane, żeby jeździły w małym pomieszczeniu. W terenie mogą się przecież zdarzyć różne sytuacje: ptak przeleci, przebiegnie lis. Osobom o mniejszej niepełnosprawności teren jest wręcz polecany. Człowiek siedzący na koniu przetłumaczy strach. Odpoczywa, patrząc na drzewa o każdej porze roku. Liście są najpierw zielone, potem żółte, wreszcie spadają. Jazda po lesie jest absolutnie fenomenalna.

Są stajnie wyspecjalizowane w hipoterapii?

Są. Mają wyszkolone konie i specjalną kadrę.

To jest jakiś kurs hipoterapii?

Kurs hipoterapii można zrobić przy kursie instruktorskim lub niezależnie.

Po iluś jazdach łatwiej przychodzi jazda konna?

Wszystkie rzeczy, które robi się regularnie przynoszą efekt.

Widzi to pani?

Jestem o tym przekonana. Jak nie spotykam dzieci 2-3 miesiące, bo pracują z innymi trenerami, to widzę ogromne postępy.

Jak często osoba niepełnosprawna powinna jeździć konno?

Minimum raz w tygodniu. Żeby nie zapomnieć, czego nauczyła się poprzednim razem. Ja sugeruję jazdę dwa razy w tygodniu.



Kurkumina

– Żłota Bogini

Autorka: Anna Drajewicz

Przez ponad 6000 lat kurkuma stosowana była jako lekarstwo w jednym z najstarszych systemów medycyny tradycyjnej, w Ajurwedzie. Jej zadaniem jest przywracanie równowagi w podstawowych substancjach ciała oraz centrach energetycznych. Ostatnie badania pokazują, że największe korzyści są w składniku kurkumy – kurkuminie, który znajduje się w jej kłączu. Nazywa się go „Żłotą Boginią”, ze względu na ogromne zdolności lecznicze. Nadaje złoto – pomarańczową barwę i jest prawdopodobnie najsilniejszym, występującym w naturze lekarstwem.

Uporządkowując; kurkuma jest przyprawą, a kurkumina – lekarstwem. „Dostłownie” zeskrobuje utleniającą „rdzę” z naszych komórek, zapobiegając poważnym chorobom i cofając te, które już mamy. Pomaga powstrzymać degenerację komórek i przywraca genetycznym kodom komórkowym ich młodzieńczy poziom, powodując, że komórki będą się rozmnażały podobnie jak wtedy, kiedy byłeś młody. Wielka siła antyoksydacyjna kurkuminy obniża poziom stanu zapalnego w organizmie, zmniejsza ryzyko zachorowania na raka i wiele innych chronicznych chorób. Obrazowo opisując; kurkumina „mówi” takim komórkom, aby umarły – gdy nadejdzie ich czas, zgodnie z prawem natury, a to powstrzymuje na przykład rozrost guza. Pomaga także zabijać guzy nowotworowe przez odcięcie im dopływu krwi, co zatrzymuje jego rozprzestrzenianie. Unieszkodliwia rakowe komórki macierzyste, które przez lata żyją w twoim krwiobiegu, zapobiegając nawrotom starych nowotworów. Jednym słowem; kurkumina zwalcza raka na wiele skutecznych sposobów, co czyni ją znaczącą bronią przeciw tej chorobie. Na skali wartości ORAC (Oxygen Radical Absorbance Capacity), która określa antyutleniającą zdolność artykułów spożywczych pochodzenia roślinnego, siła oksydacyjna preparatów kurkuminowych ma współczynnik większy niż 15000 na 1 gram, podczas gdy bogate w antyutleniacze czarne jagody mają tylko 600 jednostek ORAC w 1 gramie! To oznacza, że zaledwie jedna kapsułka wysokiej jakości kurkuminy



dostarcza ponad 25 razy więcej antyoksydantów, niż ta sama ilość czarnych jagód. Rozważ fakt, że dziesiątki badań pokazują, że ograniczenie codziennych kalorii wpływa na przedłużenie życia i zmniejsza znacząco ilość zachorowań na choroby przewlekłe. Jemy dużo więcej niż potrzebujemy. Obniżenie ilości spożywanych codziennie kalorii o 500-700 kalorii może istotnie wpływać na twoją długowieczność i ryzyko zachorowań na wiele chorób. Przejadanie się jest prawdopodobnie naszym największym zagrożeniem dla zdrowia, nad którym mamy kontrolę. Wracając do kurkuminy:

Epigenetyka a kurkuma

To nowa dziedzina, nad którą prace są wielce obiecujące i dające nadzieję. Już wiadomo, że dziedziczne mutacje genów są rzadko odpowiedzialne za powstawanie raka. Kurkumina zawiera najskuteczniejsze składniki epigenetyczne znane nauce. Pomaga uaktywnić uśpione geny antyrakowe i wyłączyć geny wywołujące zachorowanie. Pozytywnym jest, że zmiany epigenetyczne są odwracalne. Natomiast - co istotne, zapobieganie nowotworom i innym przewlekłym chorobom można poprzez właściwy styl życia; najczęściej - przez odpowiednią dietę i eliminację pozostałych elementów, które „aktywują” niepożądane zjawiska. Mowa tu szczególnie o:

- spożywaniu przetworzonej i niskiej jakości żywności,
- paleniu tytoniu,
- oddychaniu zanieczyszczonym powietrzem,
- stosowaniu toksycznych środków do pielęgnacji ciała i środków czystości,
- a przede wszystkim wszechobecnym, permanentnym STRESIE.

Unikanie tych czynników pomoże ci zapobiegać chronicznym stanom zapalnym w twoim organizmie.





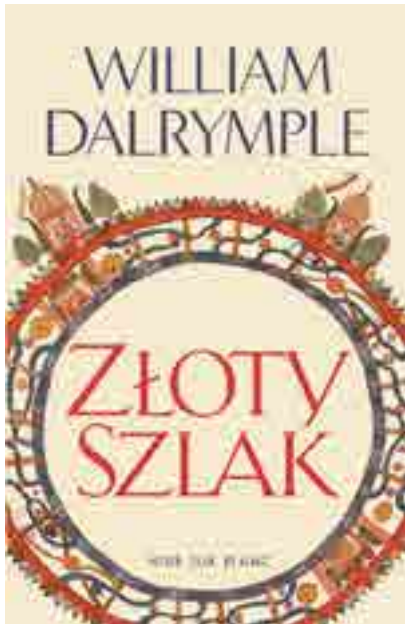
mól książkowy.

Autor: Paweł Gaska



Tytuł: Zombie
Autor: Wojciech Chmielarz
Wydawnictwo: Marginesy

Przeszłość zawsze nas dopadnie. I to w najmniej spodziewanym momencie. Mamy poukładane życie, powiedzmy, że dawno zapomnieliśmy o sprawie. A tu bach! Wraca! Adam Górnik żyje normalnie. Jest przykładowym mężem i ojcem. Jest też cenionym w środowisku prawnikiem. Pewnego dnia jako prokurator zostaje wezwany na miejsce zbrodni...I tu trzeba się cofnąć o kilkanaście lat. Adam chodzi do szkoły podstawowej w Gliwicach. Jeden z uczniów, nazywany Korsarzem, terroryzuje wszystkich. Pewnego dnia Adam postanawia pozbyć się swojego oprawcy. Ciało ukrywa właśnie w tym miejscu, do którego teraz jedzie. Jest pewny, że policja znalazła szczątki Korsarza. Jakie jest jego zdziwienie i przerażenie, gdy na miejscu znaleziono zwłoki młodej dziewczyny, a pamiętany z młodości grób jest pusty. Górnik zastanawia się zszokowany, kto przeniósł zwłoki Korsarza i co się z nimi stało? Rusza machina śledztwa, a Adam musi jeszcze znaleźć swoją dawną ofiarę. Akcja nabiera tempa. Zaczyna się wyścig z demonami przeszłości. Sprawę morderstwa dziewczyny prowadzi bezkompromisowy komisarz Wolski. Jest małomównym, cynicznym, nieprzewidywalnym detektywem. Takim trochę w stylu skandynawskim. Stoją jednak za nim wyniki. Jest diabelnie skuteczny. Obaj – prokurator i komisarz zanurzają się w brutalnym, przepętnionym przemocą i kłamstwami świecie. Tu nie ma niewinnych, wszyscy mają sekrety. Jak zwykle u Chmielarza postaci są wbrew tytułowi żywe, wyraziste, pełnokrwiste. Prawdziwe w swoich pragnieniach, fantazjach, troskach. „Zombie” to drugi tom gliwicki z komisarzem Dawidem Wolskim. Rewelacja!



Tytuł: Złoty szlak
Autor: William Dalrymple
Wydawnictwo: Noir sur Blanc

Indie powoli stają się potęgą gospodarczą, niedługo też staną najludniejszym państwem na świecie. I najbardziej zróżnicowanym społecznie. Wielkie pieniądze w wielkich miastach i bieda na prowincji. Jednak już kiedyś Indie były potęgą. Książka Williama Dalrymple'a „Złoty szlak” prezentuje nam historię Indii jako serca starożytnej Euroazji. Autor wędrując śladami indyjskich idei, wytycza szlak, który niczym Jedwabny Szlak miały decydujący wpływ na rozwój cywilizacji. Od ogromnej hinduistycznej świątyni w Angkor Wat, przez buddyzm w Chinach, aż po wpływ na Imperium Rzymskie i stworzenie używanego do dziś dziesiątego systemu zapisu cyfr zwanych arabskimi, Indie pozostawiły niezatarte ślady w kulturze, nauce i technologii starożytnego świata, a także w kształtowaniu naszej współczesnej rzeczywistości. To o Indiach w VII wieku napisali pewien buddyjski mnich z Chin: „Ludzie z odległych zakątków świata, o rozmaitych obyczajach, zgodnie uznają Indie za krainę godną najwyższego podziwu”. Warto zagłębić się w tę starożytną historię. Autor książki jest szkockim pisarzem, historykiem, reporterem i podróżnikiem. Od wielu lat interesuje się historią i sztuką Indii. Od lat mieszka z rodziną na farmie w pobliżu Delhi.

Powieść to dynamiczny thriller prawniczy, który łączy napięcie sali sądowej z atmosferą mafijnych porachunków w Nowym Jorku. Główny bohater, Eddie Flynn – były oszust, teraz prawnik – zostaje postawiony przed niebezpiecznym wyborem. Musi bronić rosyjskiego bossa mafii, a jego życie oraz porwanej córki wiszą na włosku przez 48 godzin. Cavanagh mistrzowsko buduje napięcie, splatając akcję z nietuzinkowymi zwrotami i licznymi pułapkami, które Flynn musi unikać. Postać Eddiego jest pełna sprzeczności – z jednej strony błyskotliwy, nieustępliwy prawnik, a z drugiej człowiek z bogatą przeszłością, który często balansuje na granicy prawa i moralności. Jego pomysłowość i wrodzony spryt widoczne są w każdej scenie. Z zapartym tchem śledzimy jego poczynania. Książka dostarcza solidnej rozrywki. Akcja wciąga nas od pierwszych stron. Jest idealna dla fanów thrillerów z twistem sensacyjnym. To lektura, która trzyma w niepewności do ostatniej strony, a jej bohater wzbudza sympatię swoją zadziornością i odwagą. Dodajmy, że Steve Cavanagh pochodzi z Belfastu i sam studiował prawo w Dublinie. Poza pisaniem, pracuje jako prawnik i broni praw obywatelskich.



Tytuł: Obrona
Autorka: Steve Cavanagh
Wydawnictwo: Albatros



POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Gdzie znaleźć nasze lokalne oddziały:

PTSR Oddział Dolnośląski

ul. Szybowcowa 23
54-130 Wrocław
+48 609 102 000, +48 609 004 093

PTSR Oddział Gnieźnieński

ul. Wojska Polskiego 1
62-300 Września
+48 792 792 751, +48 693 119 557

PTSR Oddział Kaszubski z siedzibą w Luzinie

ul. Mickiewicza 22 (spotkania);
ul. Letnia 1 (biuro)
84-242 Luzino
+48 607 473 585

PTSR Oddział Kociewski w Tczewie

ul. 30 stycznia m 4
83 -110 Tczew
+48 608 039 262

PTSR Oddział Nadbużański z siedzibą w Białej Podlaskiej

ul. Zygmunta Augusta 6
21-500 Biała Podlaska
+48 536 317 204

PTSR Oddział Pomorski

ul. Narcyzowa 1A/lok.20
81-653 Gdynia
+48 669 167 001

PTSR Oddział w Ciechanowie

ul. Batalionów Chłopskich 12
06-400 Ciechanów
+48 507 169 607

PTSR Oddział w Koninie

ul. Noskowskiego 1A
62-510 Konin
+48 798 776 362, +48 798 496 177

PTSR Oddział w Końskich

ul. Gimnazjalna 41B
26-200 Końskie
+48 881 706 203

PTSR Oddział w Koszalinie

ul. Morska 9A
75-212 Koszalin
+48 514 191 203

PTSR Oddział w Krakowie

ul. Kalwaryjska 32/11
30-504 Kraków
+48 513 173 192

PTSR Oddział w Lublinie

ul. Okopowa 5 lok. 357
20-022 Lublin
+48 724 691 786

PTSR Oddział w Łodzi

Al. Marszałka J. Piłsudskiego 133 D lokal
305 A
92-318 Łódź
+48 505 034 909

PTSR Oddział w Olsztynie

Tarasa Szewczenki 1
10-273 Olsztyn
+48 453 524 176

PTSR Oddział w Radomiu

ul. Daszyńskiego 5
26-600 Radom
+48 667 704 416

PTSR Oddział w Sanoku

ul. Konarskiego 26
38-500 Sanok
+48 601 192 522

PTSR Oddział w Sieradzu

ul. Jana Pawła II 41A
98-200 Sieradz
+48 784 642 182

PTSR Oddział w Sławkowie

ul. Gen. W. Sikorskiego 4
41-260 Sławków
+48 880 393 935

PTSR Oddział w Szczecinie

ul. Dworcowa 19
70-206 Szczecin
+48 781 131 513

PTSR Oddział w Tarnowie

ul. Bema 14
33-100 Tarnów
+48 884 222 082

PTSR Oddział Warszawski

ul. Nowosielecka 12
00-466 Warszawa
(22) 831 00 76/77

PTSR Oddział Wielkopolska

ul. Grunwaldzka 50
60-311 Poznań
(61) 881-97-35, (72) 547 28 33

PTSR Oddział Zawiercie

ul. Powstańców Śląskich 1
42-400 Zawiercie
+48 502 078 874

PTSR Oddział Ziemi Cieszyńskiej

ul. Główna 13
43-424 Drogomyśl
+48 667 690 742



**POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO**

Wydawnictwo SM Express jest współfinansowane w ramach projektu „Wspieramy aktywność” przez:



**Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych**