

*Współczesne programy profilaktyczne coraz częściej opierają się na filozofii redukcji szkód, której celem jest ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych czy innymi praktykami związanymi z podwyższonym ryzykiem, bez wymogu abstynencji. Podejście to wyłoniło się w latach 80. XX wieku jako oddolna reakcja marginalizowanych społeczności na kryzys HIV/AIDS wśród osób używających narkotyków w iniekcjach.*

## FILOZOFIA REDUKCJI SZKÓD W PROFILAKTYCE I PSYCHOTERAPII OSÓB ZAANGAŻOWANYCH W CHEMSEKS

*Maria Brodzikowska*

*Akademia Kultury Fizycznej im. B. Czecha w Krakowie*

*Poradnia Leczenia Uzależnień od Substancji innych niż Alkohol przy Parasolowym Centrum Terapii w Krakowie*

*Grzegorz Jezierski*

*Stowarzyszenie Lambda Warszawa*

### **SDU a chemseks – ustalenia definicyjne**

*Sexualized drug use* (SDU), czy w wersji polskiej „użycie narkotyków do celów seksualnych”, to termin nadrzędny odnoszący się do intencjonalnego używania substancji psychoaktywnych przed lub w trakcie aktywności seksualnej. SDU dotyczy osób o każdej orientacji seksualnej i może obejmować szerokie spektrum substancji – od alkoholu i konopi, przez MDMA, kokainę, po substancje specyficznie używane w kontekście chemseksu. Chemseks jest specyficznym podtypem SDU, kulturowo osadzonym fenomenem praktykowanym głównie przez mężczyznających seks z mężczyznami (MSM). Termin ten po raz pierwszy został użyty przez Davida Stuarta (Stuart, 2019), a spopularyzowało go badanie The Chemsex Study (Bourne i in., 2014, 2015), które zdefiniowało chemseks jako używanie konkretnych substancji, najczęściej metamfetaminy, GHB/GBL i katynonów w kontekście seksu między mężczyznami. Specyficzne cechy chemseksu obejmują intencjonalność seksualną, przedłużone sesje (godziny do dni), ułatwienie dostępu do partnerów i substancji psychoaktywnych przez aplikacje geolokalizacyjne oraz specyficzny kontekst kulturowy społeczności gejowskiej. W Polsce najczęściej używane substancje do chemseksu to katynony syntetyczne oraz GHB/GBL. Według danych z badania EMIS (European MSM Internet Survey), 7,4% polskich

MSM używało stymulantów w trakcie seksu w ostatnich 12 miesiącach, co daje szacunkowo 23-69 tys. osób, przy czym używanie problemowe może dotyczyć grupy 5-14 tys. osób (Muskala i Pawłęga, 2019).

### **Wykorzystanie redukcji szkód w profilaktyce**

Współczesne programy profilaktyczne coraz częściej opierają się na filozofii redukcji szkód, której celem jest ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych czy innymi praktykami związanymi z podwyższonym ryzykiem, bez wymogu abstynencji. Podejście to wyłoniło się w latach 80. XX wieku jako oddolna reakcja marginalizowanych społeczności na kryzys HIV/AIDS wśród osób używających narkotyków w iniekcjach. W Stanach Zjednoczonych ruch ten był w swoich początkach prowadzony przez społeczności afroamerykańskie, latynoskie, muzułmańskie i queer, które tworzyły grupy wsparcia dla osób strukturalnie narażonych na zakażenie HIV i szkody wynikające z używania substancji (Johnson i Sue, 2024). Redukcja szkód, wywodząca się z tych doświadczeń, opiera się na zasadach humanizmu, pragmatyzmu, indywidualizmu, autonomii oraz akceptacji każdej pozytywnej zmiany jako postępu (Hawk i in., 2017). Specyficzne ryzyka zdrowotne obserwowane w kontekście chemseksu

czynią podejście redukcji szkód szczególnie istotnym elementem interwencji zdrowia publicznego. Dla osób z populacji MSM, gdzie ryzyka zdrowotne, psychiczne i społeczne często współwystępują, filozofia redukcji szkód stanowi fundament skutecznych działań prewencyjnych – od edukacji i testowania, przez dostęp do profilaktyki i leczenia HIV (PrEP, PEP, TasP), po wsparcie psychoseksualne i psychoterapeutyczne – ukierunkowanych na poprawę jakości życia, a nie wyłącznie eliminację ryzyka.

Szkody, które mogą pojawić się w wyniku podejmowania chemseksu mogą być bardzo różne. Część z nich wynika z przyjmowania środków psychoaktywnych w ogóle, część natomiast jest specyficzna dla tego konkretnego zjawiska. Wśród najczęściej wymienianych w literaturze można wyróżnić kategorie, takie jak: (1) szkody fizyczne – przedawkowanie, zakażenie infekcjami przenoszonymi drogą kontaktów seksualnych (STI) czy wyczerpanie organizmu; (2) psychologiczne – utrata kontroli, uzależnienie, zaburzenia psychiczne (epizody psychotyczne, utrata pamięci, obniżenie nastroju, depresja, stany lękowe, napady agresji i paniki), trudności w seksie na trzeźwo, doświadczenie przemocy seksualnej, obniżenie satysfakcji z życia seksualnego, utrata kontroli nad zachowaniami seksualnymi, zaburzenia erekcji; (3) społeczne – negatywny wpływ na życie rodzinne, towarzyskie i zawodowe; (4) ekonomiczne – strata pieniędzy, czasu czy pracy (Pawłega, 2022). Szczególne znaczenie redukcji szkód wynika z konceptu stresu mniejszościowego. MSM doświadczają „potrójnej stygmatyzacji” – jako osoby nieheteronormatywne, używające narkotyków oraz (często) żyjące z HIV. Chemseks może być mechanizmem radzenia sobie ze stresem mniejszościowym i wstydem związanym z tożsamością seksualną. Wielopropblemowość w populacji chemseks/MSM najlepiej opisuje podejście syndemiczne, rozpoznające clustering współwystępujących problemów: transmisja HIV/STI, zdrowie psychiczne, używanie substancji i marginalizacja społeczna. Działania w duchu redukcji szkód, pozwalają efektywnie ograniczać szkody zdrowotne i społeczne, jednocześnie wzmacniając autonomię i dobrostan osób uczestniczących w chemseksie.

Skuteczność interwencji opartych na redukcji szkód w populacji MSM angażujących się w chemseks została potwierdzona w licznych badaniach z ostatnich lat. Programy oferujące testowanie, PrEP i wsparcie

psychospołeczne bez wymagania abstynencji wykazują wysokie wskaźniki retencji uczestników – 76% w malezyjskim programie Beyond-66 (Thain i in., 2024) oraz 87% w 3-miesięcznym okresie obserwacji w hongkońskim randomizowanym badaniu kontrolowanym (Choi i in., 2023). Interwencje edukacyjne dotyczące bezpieczniejszego używania substancji korelują ze znaczącym zmniejszeniem częstości przedawkowań. Izraelska interwencja Party Keepers wykazała redukcję sytuacji awaryjnych związanych z przedawkowaniem z 40,4% do 3,8% wśród uczestników – spadek o 90,6% (Zucker i in., 2022). Co istotne, podejście redukcji szkód nie prowadzi do zwiększenia konsumpcji substancji – brytyjskie badanie AURAH2 wykazało spontaniczny spadek zaangażowania w chemseks o 65% w ciągu 3 lat wśród uczestników mających dostęp do kompleksowych usług redukcji szkód (Sewell i in., 2019). Szczególnie obiecujące są dane dotyczące programów łączących opiekę medyczną, wsparcie psychologiczne i wsparcie rówieśnicze (*peer support*). Tajwańskie badanie wykazało, że uczestnictwo w zintegrowanych usługach zdrowia psychicznego zwiększało czterokrotnie prawdopodobieństwo intencji zmniejszenia używania chemseksu (Hung i in., 2023).

## Redukcja szkód a psychoterapia skierowana do użytkowników chemseksu

W tym miejscu należałoby także zwrócić uwagę na rozróżnienie pomiędzy sygnalizowanymi wyżej interwencjami z poziomu profilaktyki/prewencji a specyficznym oddziaływaniem, jakim jest psychoterapia. Wydaje się, że redukcja szkód w przypadku korzystania z substancji psychoaktywnych w trzeciej dekadzie XXI wieku jest standardem, z którego korzystają rozmaite programy niskoprogowe. Rzadko kto zaprzecza tej idei i potrzebie działania z jej poziomu – do momentu, w którym dyskusja toczy się wokół szeroko rozumianej profilaktyki. Jednakże wielu mężczyzn problemowo lub uzależnieniowo podejmujących chemseks poszukuje dla siebie psychoterapii uwzględniającej ich aktualne potrzeby, podczas gdy wciąż częściej dostępnym sposobem leczenia osób z uzależnieniem jest terapia abstynencyjna. W przypadku wielu pacjentów/klientów staje się ona nieosiągalna, bo według tego paradygmatu odstawienie środków psychoaktywnych jest warunkiem wstępnym

oddziaływań psychoterapeutycznych. Tymczasem wielu z nich nie jest w stanie spełnić tego warunku (w przypadku chemseksu problemowego i uzależnieniowego) lub z różnych względów nie chce się na to decydować (w przypadku chemseksu rekreacyjnego), do czego oczywiście mają prawo. Warto tu zauważyć, że w samym tylko uzależnieniu od substancji psychoaktywnych skuteczność tego typu podejścia szacuje się na – w najlepszym wypadku – 30%, przy czym częściej szacuje się, że zachowanie abstynencji jest możliwe zaledwie u 1 na 10 osób poddających się leczeniu (Tatarsky, 2007).

Brak jest podobnych badań dla samego chemseksu, jednak biorąc pod uwagę złożoność zjawiska, można założyć, że utrzymanie abstynencji (szczególnie jako warunku podjęcia terapii) może być jeszcze trudniejsze.

Motywy podejmowania chemseksu zostały wyczerpująco opisane w innym wydaniu niniejszego kwartalnika (zob. Walendzik-Ostrowska, 2024). Warto jednak zwrócić uwagę na wieloproporzeczność, z którą mierzą się pacjenci/klienci, często związaną z postawami społecznymi, stygmatem, stresem mniejszościowym, stresem wewnątrz mniejszościowym (zob. szerzej Pawłęga i Brodzikowska, 2024), doświadczonymi licznymi traumami na przestrzeni życia, poczuciem winy w związku z zachowaniami będącymi w opozycji do ich wewnętrznych wartości, współchorobowością (np. neuroatypowość czy STI, w tym HIV), przekonaniami dotyczącymi seksu i seksualności etc. (Brodzikowska i in., 2023). W większości przypadków trwałe zaprzestanie używania nie będzie możliwe bez pracy nad źródłami problemu, co wymaga interwencji zarówno w zakresie mechanizmów uzależnienia, ale i terapii traumy, pracy nad stylami przywiązania, relacjami społecznymi czy edukacji seksualnej/pomocy seksuologicznej. Jednak praca ta wymaga czasu i uruchamia wiele trudnych obszarów i związanych z nimi emocji, które – destabilizując – zwiększają ryzyko nawrotów. Jak

zauważa A. Tatarsky (2007), programy abstynencyjne wydają się ignorować właśnie taki, bardziej złożony, kontekst psychologiczno-społeczny.

W tej sytuacji warunkowanie terapii abstynencją uniemożliwia dostęp do skutecznej pomocy, co bezpośrednio godzi w fundamentalne prawa człowieka. Racjonalną alternatywą wydaje się zatem filozofia redukcji szkód w psychoterapii, szczególnie propagowana przez A. Tatarsky'ego (2007). Zakłada ona, że chociaż abstynencja może być najkorzystniejszą opcją, to jednak nie jest warunkiem terapii, ani miernikiem sukcesu terapeutycznego.

*Specyficzne ryzyka zdrowotne obserwowane w kontekście chemseksu czynią redukcję szkód istotnym elementem interwencji zdrowia publicznego. Dla osób z populacji MSM, gdzie ryzyka zdrowotne, psychiczne i społeczne często współwystępują, filozofia redukcji szkód stanowi fundament skutecznych działań prewencyjnych – od edukacji i testowania, przez dostęp do profilaktyki i leczenia HIV, po wsparcie psychoseksualne i psychoterapeutyczne – nastawionych na poprawę jakości życia, a nie wyłącznie eliminację ryzyka.*

Wychodzi z miejsca gotowości i możliwości pacjenta/klienta, proponując zmiany małymi krokami w kierunku zmniejszania szkodliwości używania (tamże). Podobnie postulują M. Weibren i H. Hornsvelt (2018), autorzy zbioru technik pracy nad uzależnieniem w podejściu EMDR czy A. Popky (2007), autor protokołu DeTUR i R. Miller (2011), propagator teorii Feeling-State Theory of Behavioral and Substance Addiction. Według tych autorów abstynencja nie jest koniecznym warunkiem terapii, choć często zostaje ostatecznie osiągnięta w jej wyniku. Wielu pacjentów/klientów, rozwiązując trudności leżące u podstaw problemu, zaprzestaje używania, ponieważ nie potrzebuje go w celach regulacyjnych czy uczy się zaspokajać zdeprawowane wcze-

śniej potrzeby w bardziej zdrowy sposób. Inni w czasie procesu terapeutycznego zdają sobie sprawę, że w ich przypadku bezpieczniejsze/kontrolowane używanie nie jest możliwe i przeformułują cel na abstynencję, a jeszcze inni dążą do ograniczenia używania substancji i szkód z niego wynikających (Tatarsky, 2007). Zgodnie z powyższym, psychoterapia nakierowana na redukcję szkód nie wyklucza zatem abstynencji – może ona być rozumiana po prostu jako opcja w arsenale potencjalnych celów. Wydaje się, że ze względu na specyfikę i złożoność zjawiska, jakim jest chemseks, filozofia proponowana przez wymienionych autorów

może być bardziej adekwatna niż tradycyjne podejście do psychoterapii uzależnień.

Powyższe uwagi pokazują, że praca terapeutyczna jest możliwa (a nawet często pożądana) w sytuacji, kiedy pacjenci/klienci nadal angażują się w chemseks. Sama nauka zachowań obejmujących redukcję szkód może spełniać znaczące funkcje terapeutyczne. Szczególnie warto tutaj podkreślić dwie z tych funkcji. Po pierwsze, populacja mężczyzn podejmujących chemseks narażona jest w szczególności na szereg doświadczeń związanych ze stygmatą, przemocą i odrzuceniem. Dotyczą one homofobicznych postaw społecznych, wykluczenia i stygmy związanej z używaniem narkotyków, wielością partnerów seksualnych (zarówno ze strony społeczeństwa w ogóle, ale i ze strony społeczności LGBTQ+), określonymi zachowaniami seksualnymi (Stuart, 2019). Wielu „problemowych” użytkowników posiada także doświadczenie licznych traum (w tym relacyjnych) (Dora i Dobroczyński, 2023). Takie warunki sprzyjają rozwinięciu na swój temat bazowych przekonań związanych z brakiem zasługiwania na troskę i szacunek (Mosquera, 2023). Redukcja szkód, która zakłada radykalną akceptację oraz poszanowanie dla praw i godności pacjenta/klienta w tym miejscu, w którym się aktualnie znajduje, wspomaga kształtowanie postawy dbania o siebie, swoje zdrowie i dobrostan (samoopieki), niezależnie od podejmowanych zachowań („Zasługuję na troskę”). Wspiera zatem modyfikację niekorzystnych przekonań na swój temat, co może pomagać w kształtowaniu dalszej motywacji do zmiany.

Drugą istotną korzyścią stosowania podejścia redukcji szkód w psychoterapii jest wzmacnianie poczucia sprawczości pacjenta/klienta. Nierealistyczne oczekiwania związane z abstynencją w sytuacji znacznej utraty kontroli stanowią ryzyko zniechęcenia i utraty nadziei. Człowiek, który otrzymuje zalecenia nieodpowiadające jego aktualnym możliwościom, z góry skazany jest na doświadczenie porażki, rozczarowania samym sobą i poczucia zupełnego braku wpływu na swoje życie. Tymczasem zasada redukcji szkód znacznie bardziej angażuje pacjentów/klientów w leczenie, w którym na pierwszym planie są ich własne cele (nie cel terapeuty/terapeutki czy „systemu”), często osiąganego poprzez małe kroki (Tatarsky, 2007). Wielu z nich jest w stanie wprowadzić modyfikacje w obszarze używania, co bezpośrednio przekłada się na ich jakość życia i przekonania o swoich możliwościach i sprawczości, a to

w konsekwencji wspiera w wyznaczaniu kolejnych celów i wprowadzaniu dalszych zmian.

Biorąc pod uwagę wskazane wyżej traumy, urazy relacyjne i pozabezpieczne style przywiązania w przypadku pacjentów/klientów problemowo/uzależnieniowo zaangażowanych w chemseks, tradycyjny paradygmat psychoterapii uzależnień stwarza też większe ryzyko retraumatyzacji (co ostatecznie może pogłębić problem). Stawianie abstynencji (w sytuacji braku możliwości utrzymania jej przez pacjenta/klienta) jako warunku udzielenia lub kontynuacji pomocy terapeutycznej może być kolejnym z wielu doświadczeń odrzucenia na przestrzeni życia. Trzeba jednak zauważyć, że praca w paradygmacie redukcji szkód wymaga od terapeutów i terapeutek z jednej strony znacznej zdolności do kontenerowania frustracji i obaw związanych z przyjęciem, że wielu pacjentów/klientów znajduje się aktualnie w sytuacji ryzyka utraty zdrowia i życia (to jednak wykracza poza zakres niniejszego artykułu), a z drugiej – rzetelnej wiedzy na temat faktycznych ryzyk specyficznych dla chemseksu oraz możliwości ich obniżania.

### **Podręcznik „Redukcja szkód w kontekście chemseksu” jako narzędzie pracy profilaktycznej i terapeutycznej**

Właściwe rozpoznanie poszczególnych ryzyk jest niezbędne do wyposażenia pacjentów/klientów w odpowiednie narzędzia pozwalające na ograniczenie wyżej wymienionych szkód. Jednym ze szczególnie pomocnych źródeł pozyskiwania wiedzy przez osoby realizujące działania prewencyjne oraz terapeutów/terapeutki może być podręcznik „Redukcja szkód w kontekście chemseksu. Podręcznik szkoleniowy” A. Pouliosa, wydany przez AIDS Action Europe, przetłumaczony na język polski przez Michała Pawłęgę i Michała Muskałę, staraniem Stowarzyszenia Lambda Warszawa. Autor publikacji opisuje sposoby zmniejszania ryzyka zarówno w odniesieniu do poszczególnych środków psychoaktywnych, jak i możliwej perspektywy czasowej w zakresie podejmowania określonych interwencji. Redukcja szkód jest bowiem możliwa zarówno przed, w trakcie, jak i po zaangażowaniu się w chemseks. Wśród pierwszej kategorii działań wymienić można przykładowo dbałość o utrzymywanie obszarów spełnienia i satysfakcji w życiu, prowadzenie zdrowego stylu życia, zwrócenie uwagi

na bezpieczeństwo osobiste (np. osoby towarzyszące, miejsca spotkań, udostępnienie lokalizacji zaufanej osobie itp.) i planowanie „na trzeźwo” granic kontaktów seksualnych czy ilości i czasu przyjmowania substancji. Warto zasugerować także szczepienia ochronne, profilaktykę przed – i poekspozycyjną zakażenia HIV, jak również – dla osób żyjących z HIV – sprawdzenie interakcji leków ARV z substancjami psychoaktywnymi. Podręcznik zawiera wszystkie niezbędne informacje w tym zakresie, włącznie z wykazem substancji czynnych leków, mogących prowadzić do interakcji, jak również wiele mniej „oczywistych” informacji.

Wśród działań możliwych do podjęcia na tym etapie autor podkreśla także wagę uczestnictwa i pozytywnej identyfikacji ze społecznością LGBTQ+ (zob. Poullos, 2022). Wydaje się to tym bardziej istotne, że w jednym z badań wykazano związek pomiędzy zaangażowaniem w chemseks (w tym w bardziej problemowe zachowania) a niskim poczuciem przynależności do niej (Demant i in., 2025).

W drugiej kategorii czasowej wymienione są informacje, takie jak dbanie o siebie i swoje rzeczy osobiste, robienie przerw, ograniczanie ryzyk zdrowotnych w przypadku różnych dróg (wciąganie i wstrzykiwanie) przyjmowania środków psychoaktywnych – nie tylko tych związanych z potencjalnymi zakażeniami przenoszonymi drogą krwi, ale i innymi niebezpiecznymi sytuacjami, związanymi z nieumiejętnym wkluciem. Obok informacji związanych z przyjęciem substancji pojawiają się w tej części także sugestie związane z ograniczaniem ryzyka infekcji przenoszonych drogą płciową. Ważnym elementem są konkretne informacje na temat udzielania pierwszej pomocy w sytuacji przedawkowania czy pojawienia się epizodu psychiatrycznego (zob. Poullos, 2022). Ma to znaczenie w kontekście częstości występowania szkód w tym zakresie. Przykładowo, jedno z hiszpańskich badań wykazało, że najczęstszymi przyczynami poszukiwania pomocy przez mężczyzn podejmujących chemseks były symptomy przedawkowania, infekcje przenoszone drogą płciową i trauma, przy czym używanie iniekcyjne znacznie podnosiło prawdopodobieństwo zapotrzebowania na pomoc (Gonzalez-Recio i in., 2025). Warto podkreślić, że w pozostałych częściach podręcznika znajdują się także precyzyjne informacje na temat działania poszczególnych substancji, ich interakcji z lekami wydawanymi na receptę, skutków długotrwałego używania, dawek grożących życiu, zalecanych odstępów

czasowych w przyjmowaniu, działań zapobiegających poważnym konsekwencjom zdrowotnym i in. Wśród opisanych w ten sposób substancji znajdują się metamfetamina, GBL i GHB, mefedron, ketamina i kokaina (zob. Poullos, 2022). Odpowiada to w większości na zapotrzebowanie na wiedzę – najnowsze badania sugerują, że nadal są to główne środki używane do chemseksu (Georgiadis i in., 2025), podobnie jak miało to miejsce we wcześniejszych analizach (Pawłęga, 2022). Wiedza z zakresu niebezpieczeństw związanych z łączeniem powyższych substancji wydaje się natomiast niezbędna w kontekście danych wskazujących, że przykładowo w Wielkiej Brytanii do większości zgonów związanych z chemseksem w latach 2017–2022 dochodziło u osób łączących różne środki (Tyler i in., 2025).

Ostatnia kategoria czasu redukcji szkód opisana we wspomnianym podręczniku zawiera sugestie pomocne w regeneracji po podejmowaniu chemseksu i zadbanie o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne, a także w sprawdzeniu, na ile kontrola została utrzymana (zgodność z założonym wcześniej planem), a na ile nie (zob. Poullos, 2022). Umiejętność rozpoznania symptomów utraty kontroli będzie ważnym narzędziem, które pozwala na uzyskanie pomocy w odpowiednim czasie i formie, co do wyboru których Poullos przedstawia różne opcje. Sugestie te mają tym większe znaczenie w kontekście badań wskazujących na wysoki poziom dyskomfortu psychicznego, negatywnych postaw wobec seksualności, a niski – samooceny w kontekście seksualnym i satysfakcji z życia seksualnego u mężczyzn podejmujących chemseks (Demant i in., 2025). Inne badanie podkreśla współwystępowanie chemseksu z urazowymi doświadczeniami życiowymi i zaburzeniami adaptacyjnymi (Robinson i in., 2025). Wskazanie odpowiednich kryteriów poszukiwania miejsc/osób mogących udzielić pomocy wydaje się więc szczególnie istotne.

Znaczącą wartością podręcznika jest jego szczegółowość, precyzyjność, łatwość wyszukania niezbędnych informacji i – przede wszystkim – brak nacechowania postawami paternalistycznymi czy moralizującymi. Przekazanie pacjentom/klientom informacji w nim zawartych może realnie ratować życie i zdrowie.

*Bibliografia dostępna w redakcji.*