

*Artykuł powstał na bazie ponad półrocznych doświadczeń z prowadzenia pilotażowych interwencji profilaktycznych pn. #cojestbrane w populacji MSM wśród użytkowników chemsex w Warszawie. Ich realizatorami były osoby związane z dwiema organizacjami pozarządowymi – Społecznym Komitetem ds. AIDS i Lambdaq-Warszawa. Przedstawione w tekście informacje opierają się na istniejącym piśmiennictwie międzynarodowym, w tym na europejskich i krajowych badaniach dotyczących populacji MSM oraz używania narkotyków i NSP. Zostały one uzupełnione i dostosowane do polskiego kontekstu, biorąc pod uwagę doświadczenia kliniczne autorów.*

# CHEMSEX – PRÓBA ZDEFINIOWANIA ZJAWISKA W POLSCE

Michał Muskała

Community Health Worker (pol. środowiskowy pracownik ochrony zdrowia)

Społeczny Komitet ds. AIDS

Michał Pawłęga

Kierownik ds. zdrowia MSM

Społeczny Komitet ds. AIDS

## Wprowadzenie

Zjawisko chemsex – jakkolwiek może dotyczyć wszystkich osób przyjmujących narkotyki i NSP – w szczególnym stopniu dotyka populacji MSM.

Zgodnie z definicją WHO<sup>1</sup>, MSM (*ang.* men who have sex with men, *pol.* mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami) odnosi się do wszystkich mężczyzn angażujących się w seksualne i/lub romantyczne relacje z innymi mężczyznami. Warto w tym miejscu zauważyć, że określenia „mężczyzna” i „płeć” mogą być różnie interpretowane przez różne osoby. Dlatego też termin MSM obejmuje różnorodne sytuacje i konteksty, w których dochodzi do kontaktów seksualnych między osobami tej samej płci, w zakresie wykraczającym także poza typowe sytuacje seksu między mężczyznami. W szczególności ma on zastosowanie niezależnie od:

- motywacji (na przykład: obejmuje on nie tylko dobrowolny kontakt seksualny między dwoma mężczyznami identyfikującymi się jako homoseksualni, ale również podejmowanie kontaktów seksualnych w zamian za korzyści przez heteroseksualnych mężczyzn i inne),
- orientacji seksualnej (na przykład: obejmuje podejmowanie kontaktów seksualnych przez dwóch mężczyzn identyfikujących się jako biseksualni i pozostających w pożyciu seksualnym z partnerkami-kobietami lub dwóch heteroseksualnych mężczyzn podejmujących kontakty seksualne w warunkach detencji),

- tożsamości płciowej (na przykład: podejmowanie kontaktów seksualnych przez transkobietę<sup>2</sup> posiadającą męskie narządy płciowe z mężczyzną).

Ponadto warto również zauważyć, że włączenie danej osoby do grupy MSM nie musi być związane z jej identyfikacją z konkretną społecznością czy grupą społeczną – jako należącego do populacji MSM określimy zatem zarówno homoseksualnego mężczyznę identyfikującego się jako gej, jak i heteroseksualnego mężczyznę podejmującego kontakty seksualne z innymi mężczyznami w zamian za korzyści.

Określenie liczebności populacji MSM w Polsce jest trudne – badania mające na celu szczegółowe oszacowanie liczby należących do niej osób, nie są znane autorom. Przyjmując w uproszczeniu, że do grupy tej należałoby wyłącznie mężczyźni identyfikujący się jako homoseksualni, którzy stanowią według różnych badań od 2 do 6% populacji<sup>3</sup>, zaś w Polsce żyje 15,5 mln mężczyzn powyżej 15. roku życia<sup>4</sup>, liczebność tak zdefiniowanej populacji MSM wynosiłaby od 310 do 930 tys. osób.

## Próba zdefiniowania zjawiska chemsex

Określenie chemsex odnosi się do użycia specyficznych substancji (narkotyków i/lub NSP) przed lub w trakcie kontaktu seksualnego przez gejów, biseksualistów i innych MSM. Po raz pierwszy zostało ono użyte w Wielkiej Brytanii dla opisanego niepokojących trendów związanych

z używaniem substancji psychoaktywnych w populacji homoseksualnych mężczyzn w Londynie i innych dużych miastach<sup>5</sup>. W ostatnich latach zauważalne jest nasilenie się tego zjawiska, przy jednoczesnym wykorzystywaniu nowych substancji psychoaktywnych o mało poznanym działaniu i dużym potencjale uzależniającym. Jak wynika z doniesień osób zajmujących się profilaktyką i terapią uzależnień, od kilku lat zjawisko to jest zauważalne także w Polsce. Na podstawie przytoczonej literatury oraz doświadczenia klinicznego proponujemy następującą definicję chemsex: określenie „chemsex” odnosi się do intencjonalnego użycia specyficznych narkotyków i NSP przed lub w trakcie kontaktu seksualnego, przez gejów, biseksualistów i innych MSM, często połączonego z poznawaniem partnerów, wyszukiwaniem miejsc kontaktów seksualnych oraz możliwości zakupu substancji psychoaktywnych, przy wykorzystaniu dedykowanych aplikacji geolokalizacyjnych<sup>6</sup>. Substancjami używanymi w powiązaniu z chemsex w Polsce są przede wszystkim katynony (przez użytkowników często mylnie określane jako „mefedron”) i GHB/GBL, rzadziej metamfetamina, ketamina, kokaina i MDMA. Oczekiwanym przez użytkowników efektem użycia substancji jest: znaczące obniżenie granic osobistych, znaczące zmniejszenie napięcia, wydłużenie czasu trwania kontaktu seksualnego, a także znaczące zwiększenie towarzyszących mu doznań. Wskazane oczekiwane przez użytkowników efekty użycia przyjmowanych substancji mają kluczowe znaczenie w określeniu, czy podejmowany pod ich wpływem kontakt seksualny możemy określić jako chemsex. Dla przykładu – kontakt seksualny pod wpływem kannabinoidów nie można uznać za chemsex – ich użycie obniża wprawdzie granice, zmniejsza napięcie i zwiększa doznania seksualne, jednak nie w stopniu znacznym. Nie przyczynia się także do znaczącego wydłużenia czasu trwania stosunku. Podobnie podjęcie nieplanowanego kontaktu seksualnego po użyciu substancji stymulujących, przyjętych z intencją zabawy w klubie, nie będzie rozumiane jako chemsex – użytkownik mógł przyjąć substancje oczekując przyplwy większej energii do tańca i łatwości w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich.

Z większości przekazów medialnych dotyczących zjawiska chemsex wynika, że ma on charakter wyłącznie problemowy i jest zawsze związany z występowaniem znaczącego ryzyka dla zdrowia fizycznego i psychicznego użytkowników. Należy podkreślić, że chemsex

może być dla wielu ludzi pozytywnym doświadczeniem, w związku z którym nie doznają oni szkód. Oczywiście dla części użytkowników chemsex może być lub stać się problemowy i prowadzić do uzależnienia od substancji chemicznych (narkotyków i NSP), a także uzależnienia behawioralnego (od kompulsji seksualnej, masturbacji, jak i korzystania z aplikacji geolokalizacyjnych). Pragniemy zwrócić uwagę, że nie każdy chemsex należy rozpatrywać w kategoriach występowania znacznego ryzyka.

## Skala zjawiska i profil użytkowników

Najpełniejsze dane dotyczące szacowania skali zjawiska chemsex pochodzą z Wielkiej Brytanii<sup>7</sup>. Wynika z nich, że w Anglii 6,6% wszystkich badanych MSM (n=979) zadeklarowało używanie chemsex w ciągu ostatnich 4 tygodni. Odsetek ten był znacznie wyższy w Londynie – wyniósł 14,3%. Niepokojące są dane dotyczące używania chemsex wśród MSM, którzy wiedzieli o swoim zakażeniu HIV. Było to odpowiednio: 21,9% badanych w Anglii i 32,7% w Londynie. Oznaczać to może, że prawdopodobnie chemsex występuje znacznie częściej w populacji MSM zakażonych HIV. W dalszej części artykułu postaramy się wyjaśnić tę obserwację.

W Polsce brakuje badań pozwalających na bezpośrednie oszacowanie skali zjawiska. Dlatego odwołujemy się do dostępnych danych, zgromadzonych w projektach badawczych, koncentrujących się na innych aspektach zdrowia MSM, w szczególności związanych z zagadnieniami dotyczącymi HIV. Ciekawych informacji dostarcza badanie SIALON II, przeprowadzone w 2012 roku na populacji mężczyzn korzystających z klubów dla MSM w Warszawie<sup>8</sup>. Używanie narkotyków i NSP w ciągu życia zadeklarowało w nim 40,3% badanych, przy czym najczęściej wskazywaną substancją były przetwory konopi indyjskich. Stosowanie stymulantów (tj. substancji, które mogą być potencjalnie powiązane z chemsex) w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało z kolei 12,9% respondentów. Jak wynika natomiast z niepublikowanych dotychczas danych surowych pochodzących z badania EMIS<sup>9</sup>, tylko część osób, które używały stymulantów, podejmowała pod ich wpływem kontakty seksualne w ciągu ostatnich 12 miesięcy – było to 7,4% badanych. Mając na uwadze, że populacja samych tylko homoseksualnych mężczyzn w Polsce może wynosić od 310 do 930 tys. osób, zjawi-

ska chemsex dotyczyć może więc grupy od 23 do 69 tys. mężczyzn. Raz jeszcze należy pokreślić, że liczby te mogą się odnosić do wszystkich użytkowników, nie tylko problemowych. Przyjmując założenie, że około 20% użytkowników stosuje substancje problemowo lub jest od nich uzależniona, populację pozostającą w szczególnym zainteresowaniu systemu terapii uzależnień ze względu na chemsex może stanowić grupa między 5 a 14 tys. osób. Oznacza to, że zjawisko dotyczy subpopulacji MSM o niewielkiej liczebności. Z uwagi jednak na występującą znaczną liczbę potencjalnych zagrożeń epidemiologicznych i dotyczących zdrowia jednostek (omówionych w dalszej części artykułu), subpopulacja ta stanowi ważną grupę odbiorców działań profilaktycznych i terapeutycznych.

Podobnie jak w przypadku danych dotyczących skali zjawiska, nie dysponujemy szczegółowymi charakterystykami użytkowników w Polsce. Wspomniane badania, przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, wskazały na duże zróżnicowanie grupy mężczyzn podejmujących chemsex, w tym wiekowe – respondenci byli w wieku od 21 do 60 lat, mieli różne pochodzenie społeczne. Większość z nich miała wykształcenie wyższe, posiadała zatrudnienie i średni lub wysoki status majątkowy. Ciekawych danych w tym zakresie dostarcza pilotażowa interwencja profilaktyczna skierowana do użytkowników problemowych, przeprowadzona w 2018 roku w Warszawie w ramach projektu #cojestbrane. Jej trzynastu odbiorców miało od 25 do 49 lat (mediana 35 lat), większość deklarowała się jako mężczyźni homoseksualni (ponad 90%). Cechami wspólnymi, które można było zaobserwować u co najmniej połowy badanych, były: palenie tytoniu (prawie 70% odbiorców), przebycie więcej niż jednej infekcji przenoszonej drogą płciową (ponad 90%), zakażenie HIV (100% odbiorców), stosunkowo późna inicjacja narkotykowa (u ponad połowy doszło do niej po 30. roku życia) przy jednoczesnej wczesnej inicjacji seksualnej (u ponad połowy doszło do niej przed 17. rokiem życia). Deklarowany status materialny był wysoki (38% odbiorców) lub bardzo wysoki (46% odbiorców). Przytaczamy te dane, ponieważ mogą one stanowić czynniki powiązane z występowaniem problemowego używania chemsex. W praktyce klinicznej mogą one stanowić również ważny sygnał do identyfikacji użytkowników problemowych.

Informacji o innych czynnikach powiązanych z występowaniem chemsex dostarczają badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii<sup>10</sup>. Zostały one wyrażone za pomocą

skorygowanego ilorazu szans AOR (*ang. adjusted odds ratios*). Najwyższą korelację zaobserwowano w odniesieniu do takich czynników, jak:

- używanie narkotyków i NSP w formie iniekcji (AOR=27,8),
- podejmowanie grupowych kontaktów seksualnych (AOR=10,1),
- bycie fistowanym<sup>11</sup> (AOR=8,82),
- posiadanie partnera zakażonego HBV/HCV (AOR=8,30),
- dzielenie się zabawkami erotycznymi (AOR=7,32),
- używanie aplikacji do poszukiwania niezabezpieczonych kontaktów seksualnych (AOR=7,40),
- posiadanie więcej niż 6 partnerów seksualnych w ostatnich 3 miesiącach (AOR=5,31),
- podejmowanie kontaktów seksualnych w zamian za korzyści (AOR=4,55).

## Rola substancji, aplikacji i ich wpływ na doznania seksualne

Jak wspomniano, chemsex jest związany z używaniem określonych substancji, zaś oczekiwany przez użytkowników efektem ich użycia jest: znaczące obniżenie granic, znaczące zmniejszenie napięcia, wydłużenie czasu trwania kontaktu seksualnego, a także znaczące zwiększenie towarzyszących kontaktowi doznań. W tabeli 1 przedstawiono zestawienie narkotyków i NSP, które charakteryzuje opisany sposób działania. Z doświadczeń klinicznych pracy z klientami używającymi środków psychoaktywnych w celu zintensyfikowania doznań seksualnych problemowo, wynika, że w Polsce w tym kontekście najczęściej używane są katynony i GHB/GBL. W zestawieniu umieszczono także inne substancje, które mogą mieć potencjał do wywołania opisanych efektów. Oszacowanie skali ich wykorzystywania do chemsex wymagałoby jednak przeprowadzenia szczegółowych badań. Z doświadczeń klinicznych zdobytych w ramach #cojestbrane wynika również, że wszyscy problemowi użytkownicy przyjmowali także leki poprawiające sprawność seksualną (tj. ułatwiające doprowadzenie do erekcji i jej utrzymanie), zaś ponad połowa z nich także leki uspokajające i nasenne, głównie z grupy benzodiazepin. Warto mieć na uwadze, że mogą one wchodzić w niekorzystne interakcje z innymi przyjmowanymi substancjami, a także prowadzić do uzależnienia.



Tabela 1. Substancje stosowane przez użytkowników chemsex w Polsce.

| Nazwa substancji   | Droga podania*   | Działanie  | Efekty uboczne   |
|--|--|--|--|
| Katynony (w tym mefedron)<br>Powszechnie używane nazwy: Mef, Mefka, M-kat, trójka, białe, śnieg, gwiazdny pył, kryształ, polak | <b>Doustnie, donosowo, doodbytniczo (tzw. booty bump), iniekcyjnie</b>                               | Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido                         | Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone źrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej |
| GHB/GBL<br>Powszechnie używane nazwy: G, Dzi, krople, giebels, płyn do felg  | <b>Doustnie, doodbytniczo, iniekcyjnie</b>   | Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido, poczucie zrelaksowania | Senność, drgawki, nudności, wymioty, nietrzymanie moczu, zaniki pamięci, wysokie dawki mogą prowadzić do występowania zespołu odstawiennego, utraty przytomności, bradykardii (spowolnienie akcji serca), depresji oddechowej (zmniejszenie częstości oddechów i objętości oddechowej), nawet do śmierci   |
| Metamfetamina<br>Powszechnie używane nazwy: Meth, białe, M, T, Tina, kryształ, cristal, śnieg, ice                             | <b>Doustnie, donosowo, doodbytniczo (tzw. booty bump), palenie przez szklaną fiolkę, iniekcyjnie</b> | Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido                         | Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone źrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej |
| Ketamina<br>Powszechnie używane nazwy: keta, K, special K, super K, witamina K, Kit Kat  | <b>Doustnie, donosowo, doodbytniczo, iniekcyjnie</b>   | Relaksacja, poczucie dysocjacji (oderwania się od ciała i świata zewnętrznego), zaniki pamięci, złagodzenie bólu, znieczulenie                                     | Senność, drgawki, nudności, wymioty, nietrzymanie moczu, halucynacje, wysokie dawki mogą prowadzić do zaników pamięci, sztywności mięśni, utraty przytomności, bradykardii, depresji oddechowej, nawet do śmierci  |
| MDMA<br>Powszechnie używane nazwy: ecstazy, piguły, tabsy, pixy, dropsy, krążek, XTC, emka, eska                               | <b>Doustnie, donosowo, doodbytniczo, iniekcyjnie</b>   | Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido                         | Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone źrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej |
| Kokaina<br>Powszechnie używane nazwy: koka, koks, śnieg, biała dama, gram, charlie   | <b>Doustnie, poprzez palenie, wciąganie, wcieranie w śluzówkę, doodbytniczo, iniekcyjnie</b>         | Zwiększenie poczucia pewności siebie, zwiększenie towarzyskości, przyływ energii fizycznej i seksualnej, poczucia mocy, zwiększenie libido                         | Utrata apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresja, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, przyspieszenie oddechu, podwyższona temperatura ciała, drgawki, nieregularna akcja serca, rozszerzone źrenice, wysokie dawki mogą prowadzić do przegrzania organizmu, konwulsji, udaru mózgu, zapaści krążeniowej |

\* Pogrubioną czcionką zaznaczono najczęściej występujące drogi podania przez użytkowników chemsex w Polsce (na podstawie obserwacji klinicznych autorów).

Opracowanie własne na podstawie m.in. „High-risk drug use and new psychoactive substances, Results from an EMCDDA trendspotter study”, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, June 2017 oraz Drug Enforcement Administration <https://www.dea.gov>.

Ważną rolę w chemsex odgrywają aplikacje geolokalizacyjne. Mogą one służyć nawiązywaniu kontaktów z potencjalnymi partnerami seksualnymi, nabywaniu substancji (narkotyków i NSP, preparatów poprawiających sprawność seksualną czy leków uspokajających i nasennych) czy poszukiwaniu miejsc, w których mogą być podejmowane kontakty seksualne (np. prywatne mieszkania, hotele, kluby organizujące zamknięte imprezy o charakterze seksualnym).

Przyjmowanie opisanych substancji (w tym leków) może mieć wpływ na wydłużenie czasu trwania kontaktu seksualnego i powodować w jego trakcie bardziej intensywne doznania. Dodatkowo ich działanie może wpływać na subiektywne odczuwanie bliskości z innymi, najczęściej nieznanymi wcześniej ludźmi, zwiększanie poczucia pewności siebie (m.in. subiektywną ocenę własnej atrakcyjności) oraz obniżenie napięcia, w tym: związanego z kontaktem seksualnym z nieznanym partnerem, negatywnie ocenianymi społecznie kontaktami seksualnymi między mężczyznami, identyfikowaniem się jako homo- lub biseksualny mężczyzna, a także (w odniesieniu do części użytkowników) związane z nieinformowaniem partnerów o zakażeniu HIV (zarówno w sytuacji wykrywalnej, jak i niewykrywalnej wirerii). Działanie opisanych substancji może prowadzić także do ograniczenia kontroli i podejmowania kontaktów seksualnych, na które uczestnicy by się nie zdecydowali bez ich wpływu. Z uwagi na często występujący brak zabezpieczenia, który dla wielu osób może stanowić dodatkowy czynnik zwiększający ekscytację podczas kontaktu seksualnego, kontakty takie mogą prowadzić m.in. do infekcji przenoszonych drogą płciową (STI) i zakażenia użytkowników HIV. Należy także zauważyć, że chemsex dotyczy często kontaktów seksualnych z nieznanymi wcześniej partnerami, co przy dużej intensywności może mieć wpływ na zaburzenia intymności oraz bliskości użytkowników, trudności z ich odczuwaniem i przeżywaniem.

## Potencjalne negatywne następstwa chemsex

Dla wielu użytkowników chemsex może się wiązać z negatywnymi następstwami, które mogą, ale nie muszą wystąpić, podobnie jak wśród innych użytkowników narkotyków i NSP. Nawet w przypadku pojawienia się negatywnych następstw, używanie nie musi mieć

charakteru problemowego. Jak wynika z doświadczeń klinicznych autorów niniejszego artykułu, w przypadku wystąpienia negatywnych następstw chemsex, mogą one wzajemnie na siebie wpływać i wzmacniać oddziaływanie. Proces ten został opisany w dalszej części.

Do najważniejszych negatywnych następstw używania chemsex można<sup>12</sup> zaliczyć:

### 1. Ryzyka związane ze zdrowiem fizycznym

Należą do nich m.in.: przedawkowanie i związane z przyjmowaniem efekty uboczne oraz interakcje między przyjmowanymi substancjami (może to prowadzić do utraty przytomności i śmierci); problemy ze snem, wpływające również na zdrowie psychiczne, procesy poznawcze i zaburzenia funkcjonowania organizmu; utrata masy ciała spowodowana ograniczeniem przyjmowania pokarmów; seks bez zgody, w tym nadużycia seksualne związane z ograniczoną możliwością podejmowania świadomych decyzji lub utratą przytomności wynikającymi z użycia substancji; zakażenia STI i HIV związane z rezygnacją z zabezpieczenia podczas kontaktu seksualnego czy używaniem wspólnego sprzętu do przyjmowania substancji (np. przy iniekcjach); zakażenia skóry wynikające z nieprawidłowego podania substancji; niska adherencja leczenia antyretrowirusowego (ARV), która może wynikać z trudności w przyjmowaniu leków podczas sesji chemsex.

### 2. Ryzyka związane ze zdrowiem psychicznym

Należą do nich m.in.: traumatyczne doświadczenia seksualne, w tym związane z podjęciem kontaktów seksualnych naruszających osobiste granice użytkownika; napady lęku; epizody psychotyczne oraz uzależnienie – zarówno od substancji chemicznych, jak i uzależnienie behawioralne od kompulsji seksualnej, masturbacji, pornografii i geolokalizacyjnych aplikacji randkowych.

### 3. Strata czasu

Ze względu na czas działania przyjmowanych substancji i mogącą się pojawiać (w szczególności dotyczy to katynonów i GHB/GBL) silną potrzebę przyjęcia kolejnej dawki oraz potencjalne trudności z kontrolowaniem kontaktów seksualnych i ilości przyjmowanych substancji sesje chemsex mogą trwać od 4 godzin do 4 dni; w związku z występowaniem skutków ubocznych (m.in. trudności ze snem, obniżony nastrój, objawy odstawienia) należy uwzględnić

czas potrzebny na trzeźwienie, tj. powrót do psychofizycznego dobrostanu.

#### 4. Ryzyka związane z pracą i pieniędzmi

Obejmują przede wszystkim: koszt zakupu narkotyków/NSP; straty finansowe powodowane nieobecnością w pracy czy utratą możliwości zarobkowania, utratą zatrudnienia.

#### 5. Ryzyka społeczne i związane z relacjami

Przy częstym używaniu, które przy jednoczesnym skoncentrowaniu na wyszukiwaniu partnerów i podejmowaniu z nimi kontaktów seksualnych zajmuje czas, możliwe jest wystąpienie trudności w podtrzymywaniu relacji interpersonalnych innych niż seksualne; rozluźnienie więzi z rodziną, przyjaciółmi, partnerem, zarzucenie zainteresowań czy hobby oraz – w konsekwencji używania – odrzucenie ze strony osób bliskich.

#### 6. Ryzyka społeczne, w tym dotyczące społeczności MSM

Są one związane przede wszystkim z postępującą wraz z koncentracją na używaniu samotnością; także doświadczaniem stygmatyzacji ze strony społeczności MSM, w której, podobnie jak w innych grupach społecznych, występuje często negatywna ocena osób używających narkotyków i NSP oraz przekonania np. o wyłącznej odpowiedzialności osoby uzależnionej za jej chorobę, jak również możliwości zaprzestania używania dzięki silnej woli do zmiany.

## Możliwe przyczyny występowania zjawiska chemsex

Punktem wyjścia w obszarze motywacji do podejmowania chemsex niech staną się wybrane wypowiedzi klientów realizowanej przez autorów artykułu interwencji profilaktycznej #cojestbrane, skierowanej do użytkowników problemowych:

- „Uważam, że jestem beznadziejny i brzydki. Kogo zainteresuje ktoś taki jak ja?”
- „Potrzebuję seksu jak każdy człowiek. Obawiałem się, że jak powiem o moim zakażeniu HIV, nie znajdę partnera do seksu”.
- „Seks z nieznanym partnerem był dla mnie zawsze stresujący. Nie wiedziałem, co o mnie myśli, czy mu się podobam, czy spełniam jego oczekiwania. Kiedy używam chems wszystkie te obawy nie mają znaczenia”.

- „Kręcą mnie różne dziwne rzeczy w seksie. Na trzeźwo nie mam odwagi ich zrobić. Z chems wszystko jest możliwe i nie mam z tym problemu”.
- „Kiedyś zawsze podczas seksu czułem, że nie powinienem tego robić, że seks z mężczyznami jest zły. Po użyciu substancji zapomniałem o tych wątpliwościach i czułem się bardzo dobrze”.

Powyższe wypowiedzi mogą się wpisywać w dwie koncepcje pomocne w wyjaśnieniu fenomenu występowania zjawiska chemsex w populacji MSM: stresu mniejszościowego i teorii modelu syndemicznego.

Stres mniejszościowy<sup>13</sup> to dodatkowe obciążenie, na które są narażone osoby należące do naznaczonych mniejszościowych grup społecznych (np. MSM, mniejszości religijne i etniczne). Charakteryzuje się on:

- unikatowością, tzn. równoległe z codziennym doświadczeniem stresu, jednostki należące do grup mniejszościowych doświadczają dodatkowego stresu, powodowanego samym faktem przynależności do określonej grupy,
- chronicznością, tzn. ma charakter stały i jest doświadczany przez jednostkę przez cały czas,
- społecznym pochodzeniem, tj. wynika z wrogiego nastawienia środowiska, najczęściej kierowanego stereotypowymi przekonaniem dotyczącymi osób należących do danej grupy.

Podsumowując, stres mniejszościowy jest niezawiniony i niezależny od jednostki, jednocześnie doświadczany przez cały czas, stanowiąc dodatkowy czynnik wpływający na jej funkcjonowanie obok innych stresów, wynikających z codziennych sytuacji życiowych. Jedną ze strategii radzenia sobie z nim, próbą łagodzenia jego wpływu, może się stać używanie substancji zmieniających percepcję oraz podejmowanie kompulsywnych aktywności, które umożliwiają odseparowanie się od jego przeżywania.

Syndemia to stwierdzona obecność dwóch lub więcej epidemii, które wchodzi z sobą w niekorzystne interakcje. Wpływa to negatywnie na przebieg każdej z nich, zaostrza ich negatywne skutki zdrowotne, a także pogłębia doświadczane w związku z nimi nierówności. Koncepcję syndemii opracował w latach 90. XX w. antropolog medycyny Merrill Singer<sup>14</sup>, określając ją jako model SAVA, stanowiący interakcję między:

- Substance Abuse (*pol.* nadużywanie substancji),
- Violence (przemoc) i
- AIDS.



Podstawą do opisanego zjawiska syndemii stała się sytuacja kryzysu epidemiologicznego, do którego doszło w Hartford w USA. Zaobserwowano wtedy wzajemne powiązanie pomiędzy elementami wpływającymi na występowanie ryzyka, czynnikami strukturalnymi, takimi jak brak mieszkań i ubóstwo, oraz aspektami społecznymi, jak stygmatyzacja i ograniczony dostęp do systemów wsparcia, które wzmacniały obciążenie chorobami.

W odniesieniu do populacji MSM występowanie syndemii można przedstawić za pomocą następującego modelu:

1. Rozwój homo- lub biseksualnej orientacji, z którą jednostka zaczyna się identyfikować. Następuje to z reguły w okresie pomiędzy 12. a 18. rokiem życia.
2. Zainicjowanie kontaktów ze społecznością MSM. Stanowi to naturalny proces poszukiwania ludzi podobnych do siebie, a wraz z budowaniem poczucia przynależności do tej grupy rozwój czynników osłabiających i wzmacniających (opisanych poniżej).
3. Rozwój czynników związanych z przynależnością do grupy mniejszościowej:
  - czynników osłabiających, związanych z: odczuwaniem wstydu dotyczącego podejmowanych kontaktów seksualnych, zagrożeniem lub doświadczeniem przemocy na tle orientacji seksualnej, używaniem substancji jako strategii radzenia sobie z doświadczanym stresem mniejszościowym i zwiększoną zapadalnością na choroby przenoszone drogą płciową, w tym HIV (co wynika z większej prevalencji tych infekcji w populacji MSM, jak i biologicznych czynników zwiększających prawdopodobieństwo ich transmisji podczas kontaktów seksualnych między mężczyznami),
  - czynników wzmacniających, związanych z: poczuciem przynależności do grupy społecznej, doświadczaniem korzyści z bycia we wspólnocie oraz możliwości rozwijania pozytywnej (zdrowej) identyfikacji jako homo- lub biseksualny mężczyzna.
4. Jeśli czynniki osłabiające oddziałują na jednostkę w większym stopniu niż czynniki wzmacniające, sytuacja taka może skutkować wystąpieniem psychospołecznych problemów zdrowotnych, związanych w szczególności z nadużywaniem substancji i występowaniem zaburzeń psychicznych, w tym depresji.
5. Zaistniałe psychospołeczne problemy zdrowotne mogą prowadzić do powstania powiązanych ze sobą fizycznych problemów zdrowotnych (w tym związanych z rozwojem uzależnienia, zakażeniem HIV i STI, prób samobójczych i samookaleceń), które stanowią wspomnianą wcześniej syndemię.

W niniejszym artykule przedstawiliśmy kluczowe informacje dotyczące chemsex, w tym możliwe przyczyny występowania zjawiska w populacji MSM oraz jego potencjalne skutki dla zdrowia jednostek i populacji. W następnym numerze Serwisu przedstawimy założenia dotyczące konstruowania interwencji profilaktycznych kierowanych do użytkowników chemsex (w tym użytkowników problemowych) oraz interwencji terapeutycznych, a także wskazówki do ich wdrożenia.

## Przypisy

- 1 Opracowano na podstawie: WHO „HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Consolidated Guidelines, July 2014” Rep. No. WHO/HIV/2014.8 Geneva. World Health Organisation, 2014.
- 2 Transkobieta (M/K) – osoba transpłciowa, której płeć metrykalna po urodzeniu została oznaczona jako męska, ale identyfikuje się raczej/zdecydowanie z płcią żeńską.
- 3 Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., „Homoseksualizm”, PZWL, Warszawa 2014, s. 11-13.
- 4 Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2018 r. Stan w dniu 30.VI., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.
- 5 Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres Rueda S., Weatherburn P., „The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham”, London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014.
- 6 Aplikacje, z których można korzystać za pomocą komputera lub smartfona, umożliwiające określenie geolokalizacji własnej i innych użytkowników oraz nawiązywanie z nimi kontaktów przez czat i udostępnianie zdjęć.
- 7 Hickson et al., State of play: Findings from 2014 Gay men’s sex survey”, Londyn 2016.
- 8 „City profiles, Recommendations on HIV prevention gaps and opportunities for Health Promotion among Men who have Sex with Men”, Sialon II project, 2013.
- 9 Badanie EMIS 2017 (ang. European MSM Internet Survey, pol. Europejskie Badanie Internetowe mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami), dane surowe.
- 10 Hegazi A. i in., „Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics”, International Journal of STD & AIDS, May, 12, 2016.
- 11 Fisting – penetracyjny kontakt seksualny polegający na umieszczeniu dłoni, pięści bądź stopy w odbycie.
- 12 Opracowano na podstawie doświadczeń klinicznych autorów oraz Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres Rueda S., Weatherburn P., „The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham”, London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014.
- 13 Iniewicz I., „Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych - rola stresu mniejszościowego”, Psychiatria Polska, 2012, tom XLVI, nr 4, s. 649-663.
- 14 Singer M., „A dose of drugs, a touch of violence, and case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic”. Free Inq Creat Sociol. 1996; 24(2): 99-110.