

*W artykule dzielimy się ponadrocznymi doświadczeniami z prowadzenia pilotażowych interwencji pn. #cojestbrane wśród użytkowników chemsex będących MSM<sup>1</sup> w Warszawie. Realizatorami projektu był zespół osób związanych z dwiema organizacjami pozarządowymi: Społecznym Komitetem ds. AIDS i Lambdą-Warszawa. Przedstawione w artykule informacje bazują na istniejącym piśmiennictwie międzynarodowym, w tym europejskich i krajowych badaniach dotyczących populacji MSM oraz używania narkotyków i NSP. Zostały one uzupełnione i dostosowane do polskiego kontekstu, wykorzystując także doświadczenia kliniczne autorów.*

# CHEMSEX – SKUTECZNA ODPOWIEDŹ DOSTOSOWANA DO POTRZEB UŻYTKOWNIKÓW

Michał Muskała

Community Health Worker (pol. środowiskowy pracownik ochrony zdrowia)

Społeczny Komitet ds. AIDS

Michał Pawłęga

Kierownik ds. zdrowia MSM

Społeczny Komitet ds. AIDS

## Podstawa działań – kompetencja kulturowa

Użytkownicy chemsex, tak jak inni klienci, oczekują udzielenia im profesjonalnej pomocy. W odniesieniu do populacji MSM oznacza to uwzględnienie szczególnej kompetencji. Niezbędne jest bowiem wzięcie pod uwagę sposobu funkcjonowania osób należących do tej grupy – odmiennego od heteroseksualnej większości, uwzględnienie tych różnic w realizowanych interwencjach. Innymi słowy, by skutecznie pomagać, konieczne są dodatkowe kompetencje kulturowe, rozumiane jako umiejętność skutecznego negocjowania różnic międzykulturowych dla osiągnięcia praktycznych celów. Podobnych kompetencji kulturowych może wymagać praca z osobami należącymi do mniejszości etnicznych i narodowych czy osób z niepełnosprawnością. By lepiej zrozumieć, na czym one polegają, proponujemy odwołanie się do zaadaptowanego na potrzeby populacji MSM „Modelu kompetencji kulturowych w zapewnianiu opieki zdrowotnej”, opracowanego przez Josephę Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002).

W modelu tym kompetencje kulturowe są postrzegane jako proces (a nie jako punkt końcowy), w którym stale dąży się do osiągnięcia zdolności do skutecznej pracy

z osobami, rodzinami lub społecznościami z różnych środowisk kulturowych. Składają się na niego:

- **Świadomość kulturowa** oznaczająca proces samodzielnej oceny własnych stereotypów i uprzedzeń w odniesieniu do populacji MSM oraz dogłębnej eksploracji własnego środowiska kulturowego i zawodowego. Wiąże się ona również ze świadomością istnienia udokumentowanej m.in. homofobii i klisizmu w zapewnianiu opieki zdrowotnej.
- **Wiedza kulturowa** rozumiana jako proces, w którym personel ochrony zdrowia poszukuje i uzyskuje rzetelne informacje dotyczące światopoglądu populacji MSM oraz czynników biologicznych, w tym przekonań dotyczących zdrowia i wartości kulturowych, występowania i prevalencji chorób oraz efektywności leczenia.
- **Umiejętności kulturowe** oznaczające proces osiągania zdolności do przeprowadzenia oceny kulturowej w celu zebrania odpowiednich danych dotyczących zgłaszanego problemu, a także dokładne przeprowadzenie oceny fizycznej opartej na podstawach kulturowych.
- **Spotkania kulturowe** rozumiane jako proces, który zachęca personel ochrony zdrowia do bezpośredniego zaangażowania w interakcje kulturowe i inne rodzaje spotkań z klientami z populacji MSM. Dzięki temu możliwa jest modyfikacja istniejących przekonań na

temat tej grupy i zapobieżenie powstaniu ewentualnych stereotypów.

- **Pragnienia kulturowe** związane z motywacją personelu ochrony zdrowia: chęcią i pragnieniem zaangażowania się w proces rozwijania świadomości kulturowej dotyczącej populacji MSM i nabywania kompetencji kulturowych do pracy z osobami należącymi do tej grupy.

Oznacza to, że dla zapewnienia rzeczywistej przyjazności kulturowej danego podmiotu wobec MSM nie jest wystarczające zadeklarowanie poszanowania wartości, przekonań i działań podejmowanych przez klienta. Elementem składającym się na kompetentne kulturowo usługi jest wspomniana wcześniej świadomość kulturowa, obejmująca m.in. identyfikowanie i przeciwdziałanie występowaniu stygmatyzacji i dyskryminacji. Niezadbanie

**Tabela 1. Analiza własnych przekonań i instytucjonalnego funkcjonowania w kontekście pracy z MSM.**

Zakres	Zagadnienie
<b>Strach przed zakażeniem HIV</b>	<p>W jakim stopniu obawiał(a)byś się zakażenia HIV w następujących sytuacjach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• korzystanie z tych samych naczyń z pacjentem HIV+,</li> <li>• korzystanie z tej samej toalety z pacjentem HIV+,</li> <li>• pomiar temperatury u pacjenta HIV+.</li> </ul> <p>Czy podczas opieki nad osobą HIV+:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unikasz kontaktu wzrokowego,</li> <li>• unikasz dotyku?</li> </ul> <p>W jakim stopniu obawiasz się pracy z MSM, którzy są zakażeni HIV?</p>
<b>Ocena społeczna</b>	<p>Czy zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MSM żyjący z HIV mogli uniknąć zakażenia, gdyby tylko chcieli.</li> <li>• MSM mogą zmienić swoją orientację seksualną, jeżeli naprawdę tego chcą.</li> <li>• Czuję(a)bym wstyd, gdyby ktoś z mojej rodziny był gejem lub biseksualnym mężczyzną.</li> </ul>
<b>Przewidywanie stygmatyzacji</b>	<p>Czy twoim zdaniem personel placówki ochrony zdrowia, w której pracujesz, obawia się ujawnienia swojej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej z obawy przed reakcją innych?</p> <p>W jakim stopniu personel placówki ochrony zdrowia, w której pracujesz, jest gotowy do współpracy z MSM w ramach wykonywania swoich codziennych obowiązków?</p>
<b>Postrzeganie stygmatyzacji</b>	<p>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w twoim miejscu pracy personel wypowiadał się w sposób negatywny o MSM lub osobach, które podejrzewają o bycie MSM?</p>
<b>Doświadczenie stygmatyzacji (innej niż regulowana prawnie)</b>	<p>Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inni ludzie wyrażali się o tobie niepocholebnie, ponieważ pracujesz z MSM?</li> <li>• Przyjaciele lub rodzina unikali kontaktów z tobą, ponieważ pracujesz z MSM?</li> <li>• Uważano, że jesteś osobą homo- lub biseksualną, ponieważ pracujesz z MSM?</li> </ul>
<b>Dyskryminacja (regulowana prawnie)</b>	<p>Czy wykonał(a)byś test w kierunku HIV bez świadomej zgody?</p> <p>Czy (bez względu na swoje poglądy i przekonania) zachowujesz w tajemnicy informacje o pacjentach MSM i pacjentach żyjących z HIV?</p> <p>Czy jesteś gotowy(a) do pracy z pacjentami należącymi do następujących grup:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• używającymi narkotyków iniekcyjnie,</li> <li>• MSM,</li> <li>• świadczącymi usługi seksualne,</li> <li>• transpłciowymi?</li> </ul> <p>Czy zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MSM narażają mnie na większe ryzyko chorób,</li> <li>• MSM angażują się w niemoralne zachowania,</li> <li>• nie mam przygotowania do pracy z MSM,</li> <li>• obawiam się, że ludzie pomyślą, że jestem osobą homo- lub biseksualną.</li> </ul>
<b>Resilience (pol. prężność, żywotność)</b>	<p>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zetknąłeś/zetknęłaś się w swoim miejscu pracy z upominaniem kogoś, kto nieodpowiednio potraktował lub wypowiadał się negatywnie o MSM?</p>

Opracowano na podstawie: Stangl i in., 2017.

o ten obszar może prowadzić w odniesieniu do klientów MSM do rezygnacji z leczenia, skutkować niską efektywnością realizowanych oddziaływań lub poszukiwaniem pomocy z dala od miejsca zamieszkania, gdzie klient ma poczucie anonimowości. Skuteczne zwalczanie stygmatyzacji w placówkach ochrony zdrowia wymaga podejmowania działań na poziomie indywidualnym, środowiskowym i politycznym (Dwyer, 2018). By móc zidentyfikować wyzwania związane z przygotowaniem się do pracy z użytkownikami chemsex (zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucji), proponujemy przeanalizowanie kilku zagadnień dotyczących tej grupy klientów i odniesienie ich do własnych przekonań oraz funkcjonowania podmiotu zajmującego się profilaktyką lub leczeniem uzależnień.

## Wrażliwość kulturowa – rozpocznij od siebie

Zdajemy sobie sprawę, że nabycie kompetencji do pracy z osobami z populacji MSM, jak i zmiany instytucjonalne w placówkach prowadzących oddziaływania profilaktyczne i terapeutyczne wobec MSM, wymagają czasu. Na początek proponujemy rozważenie wprowadzenia kilku prostych rozwiązań:

1. Pamiętaj, że każda klientka/klient różni się od innych. Nie zakładaj, że każdy MSM obawia się ujawnienia, ma trudność w nawiązywaniu relacji intymnych czy doznał przemocy.
2. Miej świadomość swojej orientacji psychoseksualnej, wynikającej z niej pozycji społecznej, a także własnych i funkcjonujących społecznie uprzedzeń i stereotypów.
3. Informuj o swojej afirmatywnej postawie wobec osób MSM w miejscu pracy (zespół pracowniczy, pacjentki/pacjentów) oraz rodzinę i znajomych. W miejscu pracy możesz umieścić małą tęczową flagę lub naklejkę – MSM będą wiedzieć, że przy tobie mogą się czuć komfortowo.
4. Sprzeciwiaj się wszelkim formom przemocy i dyskryminacji wobec osób MSM: wśród pacjentek/pacjentów, w zespole pracowniczym, w sytuacjach prywatnych. Kiedy jest to możliwe – reaguj, nazywając sytuację i podkreślając, że nie wyrażasz na nią zgody.
5. Używaj włączającego i afirmującego języka (np. nie homoseksualista, a osoba homoseksualna lub gej;

nie przyjaciel, a partner). Jeżeli nie wiesz, w jaki sposób o czymś mówić – zapytaj.

6. Dowiedz się, jak funkcjonuje społeczność MSM w twojej okolicy. Sprawdź, czy istnieją organizacje pozarządowe i jaka jest ich oferta, gdzie spotykają się MSM, kto specjalizuje się w pracy z tą grupą. Możesz nawiązać z nimi kontakt i włączyć się w ich działania.
7. Zadbaj o rozwój kompetencji do pracy ze społecznością MSM: wybierz się na wydarzenie organizowane przez społeczność LGBT<sup>2</sup> (np. Marsz Równości), dowiedz się więcej o społeczności LGB z dostępnej literatury, weź udział w warsztacie antydyskryminacyjnym, szkoleniu dotyczącym pracy terapeutycznej z osobami LGBT lub w superwizji dotyczącej pracy z tą społecznością (Pawłęga, 2018).

Jednym z zaproponowanych przez nas działań jest używanie wspomnianego już włączającego i afirmującego języka w komunikacji z klientem. Doświadczenia londyńskiej kliniki Dean Street 56 wskazują, że używanie przez personel ochrony zdrowia takiego języka przyczynia się do większej gotowości do ujawniania przez MSM informacji, w tym o podejmowanych kontaktach seksualnych, używaniu narkotyków w iniekcjach, liczbie partnerów oraz doświadczonych ryzykach (Stuart, 2014). Do najważniejszych z takich sformułowań należą:

- gej, homo- lub biseksualny mężczyzna **zamiast** homoseksualista, MSM, kochający inaczej,
- partner, chłopak **zamiast** przyjaciel, kolega,
- zakażenie HIV, życie z HIV, HIV+, bycie plusem **zamiast** zarażenie HIV, nosicielstwo, seropozytywność,
- kontakt seksualny bez zabezpieczenia **zamiast** ryzykowny seks, kontakt z ekspozycją na zakażenie HIV, seks bez gumy,
- infekcje przenoszone drogą płciową **zamiast** choroby weneryczne,
- insertywny/receptywny kontakt seksualny **zamiast** aktywny/pasywny kontakt seksualny,
- partner seksualny **zamiast** kochanek, przygodny partner,
- kontakt seksualny z wieloma partnerami **zamiast** grupówka, seksparty, domówka.

## Identyfikacja klientów

Wiele osób odczuwa wstyd i lęk przed ujawnianiem doświadczeń związanych z używaniem substancji psy-

choaktywnych w kontaktach seksualnych personelowi ochrony zdrowia. Zdarza się, że pomimo odczuwania cierpienia, nie potrafią samodzielnie zidentyfikować jego przyczyny i nie wiążą go z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych połączonych z kontaktami seksualnymi.

Czynnikami, które zwiększają prawdopodobieństwo, że klient jest użytkownikiem chemsex, są:

- duża liczba partnerów seksualnych,
- bycie fistowanym,
- duże przerwy pomiędzy wykonywaniem badań w kierunku HIV/infekcji przenoszonych drogą płciową (STI),
- konsekwentne rezygnowanie z używania prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych z partnerami o nieznanym statusie serologicznym,
- zachorowania na STI w ciągu ostatnich 6 miesięcy i zakażenie HCV,
- korzystanie z PEP<sup>3</sup> w ostatnim czasie,
- nadużywanie GHB (ciąg trwający co najmniej 7 dni, w których GHB było przyjmowane codziennie),
- zakażenie HIV i niepodjęcie leczenia antyretrowirusowego,
- niska adherencja<sup>4</sup> leczenia antyretrowirusowego.

Pomocne w zidentyfikowaniu użytkowników chemsex, zachęceniu ich do refleksji nad używaniem substancji psychoaktywnych i wstępnym określeniu zakresu interwencji może być zadanie kilku pytań (Stuart, 2018):

**Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używałeś chems przed lub w trakcie kontaktu seksualnego?**

- **Jeżeli tak – jakich?** Mefedron (katynony)/GHB/metamfetamina/ketamina/amfetamina/kokaina; zweryfikowanie, czy były to substancje powodujące zmniejszenie granic i zwiększenie potencjalnych ryzyk seksualnych; jeśli klient sięga po inne substancje, prawdopodobnie nie jest użytkownikiem chemsex.
- **Jeżeli tak – czy wstrzykiwałeś?** Zweryfikowanie, czy może być potrzebna interwencja dotycząca bezpieczniejszych iniekcji i infekcji innych niż przenoszonych drogą płciową.

**Pytanie służące wywołaniu refleksji i motywacji do podjęcia zmiany**, np. Kiedy ostatnio miałeś seks na trzeźwo? Czy jesteś zadowolony ze sposobu, w jaki używasz chems<sup>5</sup>? W jaki sposób używanie chems wpływa na twoje życie seksualne lub samopoczucie?

## Kluczowe założenia skutecznej interwencji

Może się wydawać, że chemsex jest zagadnieniem dotyczącym używania przede wszystkim narkotyków. W szczególności u użytkowników problemowych negatywne następstwa używania substancji mogą przysłaniać problemowe uprawianie seksu, a także korzystanie z aplikacji randkowych. Wszystkie one w przypadku chemsex są wzajemnie powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują. Zalecamy, by każdą interwencję odnosić jednocześnie do wszystkich z nich. W przeciwnym razie może się okazać, że podjęte oddziaływania okażą się mało skuteczne. Przykładowo: jest prawdopodobne, że klient używający problemowo chemsex, który zaprzestanie używania narkotyków, nadal będzie korzystał problemowo z aplikacji i kontaktów seksualnych. Ponieważ dotychczas łączył je razem z narkotykami, nie można wykluczyć, że bez zmiany wzorców ich używania w krótkim czasie powróci do używania substancji.

Należy także zwrócić uwagę, że nie każdy chemsex, podobnie jak nie każde korzystanie z narkotyków, jest problemowy. Oznacza to, że w wielu przypadkach nie będzie potrzebna interwencja terapeutyczna. Niezależnie od tego, czy chemsex ma charakter problemowy, czy też nie, stanowi on ważne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Dlatego też w odniesieniu do każdego użytkownika rekomendujemy rozważenie oddziaływań adekwatnych do jego potrzeb i możliwości. Może to być interwencja profilaktyczna, jej specyficzna odmiana – redukcja szkód lub interwencja terapeutyczna i lecznicza.

Jak wynika z doświadczeń pracy z użytkownikami chemsex, w zależności od sytuacji klienta oraz jego motywacji do zmiany, skuteczne jest wykorzystanie jednej z dwóch strategii (por. Dwyer, 2018), tj.:

- **strategii ograniczenia ryzyka (ang. *harm reduction*)**, polegającej na zmniejszeniu lub złagodzeniu konsekwencji wynikających z określonego zachowania poprzez proces jego zmiany. Może to być strategia, usługa lub produkt, który ma na celu zmianę przyczyn, sposobu używania i/lub konsekwencji ryzykownych zachowań. Pierwotnie została ona opracowana i jest wykorzystywana w programach leczenia farmakologicznego, obejmujących wymianę sprzętu iniekcyjnego, przyjmowanie substancji zastępczych i ograniczanie lub eliminację użycia narkotyków. Strategia redukcji szkód seksualnych wywodzi się z tej

strategii i ma na celu zmniejszenie ryzyka transmisji infekcjami przenoszonymi drogą płciową podczas kontaktów seksualnych,

- **strategii eliminacji ryzyka (ang. *harm elimination*)**, definiowanej jako próba wyeliminowania wszelkich możliwych szkód i zachowań z nią związanych. Oznacza to przykładowo, że użytkownik narkotyków zaprzestaje używania substancji. Z wielu przyczyn – niebędących przedmiotem rozważań zawartych w tym artykule – eliminacja szkód nie jest strategią możliwą do zastosowania u części osób. Często zdarza się przecież, że po skorzystaniu z terapii uzależnień klienci wracają do dotychczasowych wzorców używania.

## Redukcja szkód związanych z chemsex

Strategię tę proponujemy zastosować w odniesieniu do każdego użytkownika chemsex, bez względu na postawione cele realizowanych interwencji. U części osób umożliwi ona zmniejszenie negatywnych skutków używania, u osób, które jako cel wybrały abstynencję, może być pomocna w przypadku wystąpienia nawrotu zakończonego używaniem substancji. W jej trakcie proponujemy uwzględnić następujące rozwiązania, dostosowane do specyfiki używania chemsex (Stuart, 2019):

- Regularne wykonywanie testów w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową (STI), w tym na HIV i WZW C (tzw. żółtaczkę C).
- Niepozwalanie nikomu, by wykonywał iniekcje.
- Określenie własnych granic – zdecydowanie przez klienta, co zrobi podczas kontaktu seksualnego połączonego z używaniem narkotyków. Ich wcześniejsze określenie nie gwarantuje zmniejszenia ryzyka, jednak może umożliwiać odniesienie się do własnych granic podczas używania.
- Ograniczenie czasu trwania chemsex – długie sesje mogą prowadzić do wystąpienia psychoz i halucynacji wynikających z używania substancji, także przez pewien czas po ich odstawieniu.
- Posiadanie prezerwatyw i lubrykantów oraz własnego sprzętu do iniekcji i zapoznanie się z zasadami dotyczącymi ich bezpieczniejszego wykonywania.
- Posiadanie informacji o PEP: lek może przepisać lekarz izby przyjęć w każdym oddziale chorób zakaźnych na terenie Polski.

## Oddziaływania terapeutyczne związane z chemsex

Jak wspomnieliśmy, chemsex nie jest wyłącznie zagadnieniem dotyczącym używania narkotyków. Negatywne następstwa używania substancji, które zdecydowały o zgłoszeniu się klienta do placówki, mogą przysłańać współwystępujące problemowe uprawianie seksu, a także korzystanie z aplikacji randkowych. Zalecamy, by oddziaływania terapeutyczne i lecznicze odnosić jednocześnie do wszystkich z nich. Jednocześnie proponowane przez nas rozwiązania mogą stanowić „nakładkę” (uwzględniającą kontekst używania chemsex) na standardowe oddziaływania stosowane wobec wszystkich pacjentów używających problemowo substancji, aplikacji randkowych lub mających liczne kontakty seksualne.

Podjęta interwencja powinna w szczególności uwzględniać dodatkowe czynniki osłabiające i wzmacniające ją, związane z przynależnością do grupy mniejszościowej, składające się na model syndemiczny<sup>6</sup>.

Do **czynników osłabiających** zaliczyć można: odczuwanie wstydu dotyczącego podejmowanych kontaktów seksualnych, zagrożenie lub doświadczanie przemocy na tle orientacji seksualnej, używanie substancji jako strategii radzenia sobie z doświadczanym stresem mniejszościowym i zwiększoną zapadalnością na choroby przenoszone drogą płciową, w tym HIV.

Z kolei do **czynników wzmacniających** zalicza się: poczucie przynależności do społeczności MSM/LGBT, doświadczanie korzyści z bycia we wspólnocie oraz możliwość rozwijania pozytywnej (zdrowej) identyfikacji jako homo- lub biseksualny mężczyzna.

Kluczowymi zagadnieniami, które w związku z tym należy rozważyć w pracy z klientem, są (Kunelaki, 2016):

- Trauma doświadczona w okresie dorastania i homofobia występująca w społeczeństwie.
- Trauma związana z męskością i jej przeżywaniem jako homo- lub biseksualny mężczyzna.
- Trauma związana z (wczesnymi) doświadczeniami seksualnymi.
- Trauma związana z epidemią HIV.
- Trauma związana z nawiązywaniem kontaktów seksualnych za pomocą aplikacji.
- Trauma i stygmatyzacja związana z używaniem chemsex.
- Niska jakość życia seksualnego.

Trudnym wyzwaniem w kontekście pracy terapeutycznej z użytkownikami chemsex są zagadnienia związane z kontaktami seksualnymi, w szczególności próba zdefiniowania „trzeźwego seksu”. U wielu klientów podejmowanie aktywności seksualnej pod wpływem substancji zmienia postrzeganie roli kontaktów seksualnych w ich życiu, prowadzi do zaburzenia intymności i wykorzystywania ich jako strategii regulowania emocji. W efekcie po odstawieniu substancji podejmowanie kontaktów seksualnych bez narkotyków może sprawiać poważne trudności.

Wobec braku dowodów naukowych lub odniesień w literaturze, proponujemy definicję „trzeźwego seksu” inspirowaną pracą Remziye Kunelaki (Kunelaki, 2016) i opracowaną na podstawie Słownika Języka Polskiego (Sokół i in., 2019):

- **Trzeźwy:** niezamroczone alkoholem; rzeczowy, rozsądny; też: świadczący o czymś rozsądku; taki, który nie jest senny lub zaspany.
- **Seks:** ogół spraw i czynności związanych z zaspokajaniem popędu płciowego, czyjaś atrakcyjność seksualna.
- **Seks – synonimy:** tajemnice alkowy, pożycie, życie intymne, miłość, łóżko, te sprawy, te rzeczy, współżycie, to.
- **Próba definicji seksu na trzeźwo: Trzeźwość + Seks:** bycie obecnym i nie pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz aktywność seksualna.
- **Próby synonimów seksu na trzeźwo:** seks intymny, seks w realu, związek pomiędzy ciałem i umysłem, akceptacja siebie i innych, spotkanie się z własnymi potrzebami seksualnymi, seks konsensualny.

*Propozycja definicji: Seks na trzeźwo to seks, w którym nie występują chems (chemsex) i fantazje skierowane wobec przedmiotu oraz utrzymuje się związek między ciałem i umysłem.*

Jak wspomnieliśmy, wielu klientów używających chemsex problemowo doświadczają trudności w podejmowaniu kontaktów seksualnych bez użycia narkotyków („na trzeźwo”). Wspominają oni w szczególności o lęku przed podjęciem kontaktu seksualnego bez substancji, powodującym trudności w osiągnięciu

erekcji oraz satysfakcji seksualnej. Z naszych doświadczeń wynika, że towarzyszy temu wystąpienie wszystkich trudności, które były tłumione pod wpływem substancji (np. lęk przed oceną i odrzuceniem oraz ujawnieniem statusu HIV, wyrzuty sumienia spowodowane podejmowaniem kontaktu seksualnego, traumatyczne doświadczenia dotyczące kontaktów seksualnych). W efekcie dla wielu klientów podjęcie kontaktu seksualnego jest stresującym doświadczeniem i skutkuje na początku procesu terapeutycznego powrotem do używania substancji i jeżeli dążą do abstynencji – jej złamaniem. Dobre efekty w pracy terapeutycznej przynosi wykluczenie kontaktów seksualnych z nieznanymi partnerami – w ich przypadku lęk związany z oceną, ujawnieniem statusu HIV oraz niepowodzeniem będzie największy. Naszych pacjentów zachęcamy szczególnie do podejmowania kontaktów seksualnych z osobą, z którą łączy ich bliska więź, mają do niej zaufanie, przestrzega ona ich granic i wie o możliwych trudnościach związanych ze współżyciem bez użycia substancji.

W rozwijaniu umiejętności podejmowania kontaktów seksualnych na trzeźwo pomoc może praca z klientem dotycząca następujących obszarów (Kunelaki, 2016):

- trudności ze skupieniem uwagi,
- potrzeba osiągnięcia wysokiej stymulacji,
- trudności z przeżywaniem uczuć, w tym intymności,
- trudności w budowaniu bliskości z innymi ludźmi,
- unikanie przeżywania trudnych uczuć,
- strach przed nudą i spokojem,
- skłonność do nadużywania siebie,
- wstyd związany z podejmowaniem kontaktu seksualnego.

## Trzeźwa masturbacja

Często zdarza się, że klient nie ma partnera, a ma potrzeby seksualne, które chce realizować. Odradzamy zachęcanie klientów do całkowitej abstynencji seksualnej – osiągnięcie tego celu dla wielu osób jest bardzo trudne lub niemożliwe. W takiej sytuacji pomocne może być uczenie się trzeźwej aktywności seksualnej za pomocą masturbacji. By umożliwić odchodzić od wykorzystywania seksu jako strategii regulowania emocji i rozwijanie intymności proponujemy skorzystanie z następujących wskazówek:

- masturbacja bez pornografii,

- masturbacja bez fantazji (do podmiotu, a nie przedmiotu),
- rozwijanie w trakcie masturbacji umiejętności identyfikowania potrzeb ciała (np. rozpoznawanie stref erogennych i własnych potrzeb),
- podejmowanie masturbacji tylko wtedy, jeśli ciało wykazuje oznaki podniecenia, np. poranna erekcja,
- utrzymywanie w trakcie masturbacji związku między ciałem i umysłem.

## Pomocne narzędzia i kontakty

W ostatnim czasie dostępne są w coraz większym stopniu narzędzia i oferty pomocowe skierowane do MSM, w tym używających chems. Mogą one stanowić istotne uzupełnienie podejmowanych interwencji, w szczególności w kontekście doświadczanych czynników osłabiających i wzmacniających:

- **w większości województw działają organizacje lub grupy kierujące swoją ofertą do osób LGBT** – część z nich oferuje poradnictwo psychologiczne, możliwość udziału w grupach wsparcia i rozwojowych czy zaangażowanie się w swoje działania i poznanie znajomych; posiadają one także kontakty do podmiotów świadczących profesjonalną pomoc osobom LGBT; aktualny wykaz organizacji można znaleźć na stronie [www.rownosc.info](http://www.rownosc.info),
- **wspólnoty AA i AN** – w założeniu są one otwarte dla wszystkich osób, bez względu na orientację psychoseksualną; w Polsce funkcjonuje kilka mityngów skierowanych do osób LGBT (AA – w Warszawie, AN – w Warszawie i we Wrocławiu) – szczegółowe informacje można znaleźć na stronach internetowych tych organizacji,
- **Ogólnopolski Telefon Zaufania dla lesbijek, gejów i ich bliskich** – tel. (22) 628 52 22 (pon.-pt. 18.00-21.00) udziela wsparcia kryzysowego i informacji o ofertach pomocy dla osób LGBT na terenie Polski,
- **organizacje pozarządowe** oferują działania skierowane do użytkowników chemsex, proponując konsultacje, grupy wsparcia i warsztaty. Są one obecnie realizowane w Warszawie (Społeczny Komitet ds. AIDS, [www.skaid.org/cojestbrane](http://www.skaid.org/cojestbrane), Fundacja Edukacji Społecznej [www.fes.edu.pl](http://www.fes.edu.pl)) i we Wrocławiu ([www.podwale-siedem.pl](http://www.podwale-siedem.pl)),
- **Plan Zdrowienia z Chemsex (Chemsex Care Plan)** opracowany przez Davida Stuarta ([\[art.org/care-plan-pl\]\(http://art.org/care-plan-pl\)\), umożliwia analizę wzorców używania, określenie celów zmiany, identyfikację charakterystycznych wyzwalaczy oraz skorzystanie z sugestii dotyczących zmiany.](http://www.davidstu-</a></li>
</ul>
</div>
<div data-bbox=)

W numerze 1/2019 Serwisu Informacyjnego Uzależnienia ukazał się artykuł „Chemsex – próba zdefiniowania zjawiska w Polsce”, stanowi on wprowadzenie do tematu MSM.

## Przypisy

- <sup>1</sup> MSM (ang. *men having sex with men*) – mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami. Do grupy tej zalicza się mężczyzn homo- i biseksualnych oraz innych mężczyzn mających tego rodzaju kontakty seksualne. Termin MSM jest stosowany wyłącznie jako pojęcie epidemiologiczne, określające populację kluczową. Nie rekomendujemy jego stosowania w komunikacji z klientami.
- <sup>2</sup> LGBT (ang. *lesbian, gay, bisexual and trans people*) – lesbijki, geje, osoby biseksualne i trans(płciowe).
- <sup>3</sup> PEP (ang. *post-exposure prophylaxis*) – profilaktyka poekspozycyjna na HIV. Polega ona na rozpoczęciu przyjmowania leków antywirusowych w krótkim czasie po ekspozycji na zakażenie. Pozwala ona na całkowite usunięcie HIV z organizmu.
- <sup>4</sup> WHO definiuje adherencję jako stopień, w jakim zachowanie człowieka – przyjmowanie leków, przestrzeganie diety i/lub wprowadzenie zmian stylu życia odpowiada rekomendacjom uzgodnionym z lekarzem.
- <sup>5</sup> Użytkownicy chemsex najczęściej określają narkotyki i NSP jako „chems”. Z naszych doświadczeń wynika, że część z nich nie identyfikuje, że przykładowo substancja GHB/GBL jest narkotykiem. Dlatego sugerujemy zadawanie pytań z użyciem określenia „chems”, które będzie prawdopodobnie bardziej zrozumiałe dla klientów.
- <sup>6</sup> Zostały one szczegółowo przedstawione w artykule „Chemsex – próba zdefiniowania zjawiska w Polsce”, Serwis Informacyjny Uzależnienia 1/2019.

## Bibliografia

- Campinha-Bacote J., „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care”, *J Transcult Nurs* 13, 2002, 181-184.
- Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., „Słownik Języka Polskiego”, Wydawnictwa Naukowe PWN, Warszawa 2019.
- Dwyer B., „Promocja zdrowia seksualnego w społeczności MSM. Podręcznik edukatorski”, Terrence Higgins Trust, Londyn – Berlin – Warszawa 2018.
- Kunelaki R., „Guidelines for psychosexual therapists who work with issues around sober sex”.
- Pawłęga M., „Lesbijki, geje i osoby biseksualne – skuteczne pomaganie”, *Świat Problemów* 1/2019, 15-17.
- Stangl A., Brady L., Fritz K., S<sup>3</sup>TRIVE Technical Brief: Measuring HIV stigma and discrimination”.
- Stuart D., „Chemsex Care Plan”, <https://www.davidstuart.org/care-plan-pl> (dostęp: 07.06.2019).
- Stuart D., „Chemsex support starts with asking the right questions”, *Nursing Standard* 32, 2018, 26–27.
- Stuart D., „ChemSex and hepatitis C: a guide for healthcare providers”, Dean Street 56, Londyn 2014.