

Kto ma problem z chemseksem? Tożsamość jako brakujące ogniwo usług pomocowych dla mężczyzn problemowo używających substancji psychoaktywnych w celach seksualnych

Who has a problem with chemsex? Identity as a missing link in support services for men who engage in problematic use of psychoactive substances for sexual purposes

Marta Dora¹, Bartłomiej Dobroczyński²

¹ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Poradnia Seksuologiczna przy Klinice Dorosłych,
Dzieci i Młodzieży

² Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii

Summary

As the social consent for seeking help in the area of psychosexual health increases, specialists observe the current socio-cultural changes and the new phenomena they give rise to reflected in their patients. One of these relatively new phenomena is chemsex. It is a distinct form of combining highly specific psychoactive substances and sexual activity, practised almost exclusively by men. Due to the increased health risks, associated both with the drugs used and the frequent lack of protection during sexual activity, international public health institutions consider chemsex a health problem of men who have sex with men (MSM). Although the introduction of MSM as a category in the 1990s – mainly in the context of HIV – was based on important epidemiological premises (the behavior, not the identification, is what is important in the context of risk), it is neglecting sexual identity that may be one of the missing links in the intersectional understanding and appropriate addressing of problematic chemsex.

Słowa kluczowe: chemseks, tożsamość seksualna

Key words: chemsex, sexual identity

Wprowadzenie

Łączenie substancji psychoaktywnych z aktywnością seksualną nie jest w żadnym razie nowym zjawiskiem społecznym, niemniej do niedawna nie było obszarem szcze-

gólnego zainteresowania klinicznego. W piśmiennictwie psychiatrycznym występowało ono dotychczas pod etykietami zachowań ryzykownych i *acting-outów*, nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami i/lub zaburzeń więzi w adolescencji, zaburzeń osobowości typu borderline czy epizodu manii w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej [1–4]. Jako najczęściej używane w tych przypadkach substancje psychoaktywne wymieniano alkohol, MDMA (ecstasy), amfetaminę i kokainę, zaś podejmowane pod ich wpływem kontakty seksualne uważano raczej za skutek uboczny obniżonej kontroli niż efekt zaplanowanego wcześniej działania. Od pewnego czasu mówi się jednak o zamierzonym stosowaniu substancji przed lub w trakcie aktywności seksualnej w celu ułatwienia jej podjęcia lub wzmocnienia doznań (*sexualised drug use*, SDU). Jest to szczególna forma łączenia środków psychoaktywnych i seksu, gdzie celem jest intensywny i pozbawiony zahamowań kontakt seksualny, a chemiczny środek ma zagwarantować – a przynajmniej wspomóc i katalizować – jego skuteczną realizację.

Fenomenem stosunkowo nowym w tym obszarze, posiadającym przy tym wyraźną tendencję wzrostową, jest praktyka określana jako chemseks, która zawężyła pojęcie SDU do używania określonych substancji psychoaktywnych, w określonym celu, przez osoby należące do określonej społecznej (pod)grupy. Zaangażowani w niego mężczyźni (opisywani jako populacja MSM) coraz częściej szukają pomocy specjalistów, a kluczem ich doboru jest często doraźnie definiowany przez pacjenta problem. Od psychiatrów oczekują pomocy w złagodzeniu skutków ubocznych przyjmowanych środków, do seksuologów trafiają np. z problemami z erekcją, niepokojem o nadmierną częstotliwość kontaktów czy niemożność uprawiania seksu „na trzeźwo”, do terapeutów uzależnień zgłaszają się, kiedy czują, że tracą kontrolę, a do psychoterapeutów niejednokrotnie ze wszystkimi powyższymi problemami, uzupełnionymi o potrzebę bycia zrozumianym bez oceny.

Zdecydowaliśmy się poruszyć temat chemseksu nie tylko dlatego, że jest jeszcze niemal nieobecny w psychiatrycznym piśmiennictwie krajowym, ale przede wszystkim dlatego, że na arenie międzynarodowej opisuje się go z wysoce redukcjonistycznej – w naszym odczuciu – behawioralno-epidemiologicznej perspektywy, zawężonej do problemowych zachowań i ryzyka dla zdrowia publicznego. Organizacja Narodów Zjednoczonych [5] informuje o alarmującym wzroście zakażeń HIV wśród mężczyzn, identyfikując chemseks jako jeden z potężniejszych akceleratorów tego stanu. Chemseks stał się więc problemem społecznym przede wszystkim ze względu na jego epidemiologiczne konsekwencje. My zadajemy pytanie o przyczyny tego fenomenu i częściowo próbujemy na nie odpowiedzieć, bo choć zjawisko jest nowe, to problem wydaje się stary i jak wszystko, co wiąże się z seksualnością, oparty o kontekst kulturowy, polaryzację społeczną oraz politykę (w tym zdrowotną). Szukając odpowiedzi, poruszamy temat złożonego stresu pourazowego (cPTSD) oraz nową koncepcję stresu wewnątrz-mniejszościowego. Rozważamy również hipotezę, że w tym konkretnym przypadku kategoria deklarowanej/przyjmowanej tożsamości/orientacji seksualnej może okazać się ważniejsza (i terapeutycznie bardziej użyteczna) niż częściej i chętniej używana kategoria MSM. Wierzimy, że zrozumienie, dlaczego dla konkretnej grupy osób konkretne działania mogą być szczególnie atrakcyjne, przyczyni się do bardziej adekwatnej i skutecznej odpowiedzi na potrzeby pacjentów.

Charakterystyka zjawiska

Słowo *chemsex* zostało pierwszy raz użyte w 2001 roku przez Davida Stuarda [6] na określenie stosowania metamfetaminy i/lub syntetycznych katynonów (3-MMC metafedronu lub 4-MMC mefedronu) i/lub GHB lub GBL (kwasu 4-hydroksybutanowego lub gamma-butyrolaktonu) specyficznie w celu osłabienia zahamowań i wzmocnienia przyjemności seksualnej przez mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) [6]. Ta szczególna kombinacja z co najmniej czterech – zdaniem autorów niniejszego artykułu – powodów wymaga podejścia odrębnego od dotychczas wypracowanych modeli opisu, rozumienia i leczenia osób problemowo używających środków psychoaktywnych lub psychoterapii dysfunkcji seksualnych u mężczyzn hiperseksualnych. Pierwszym powodem jest specyfika działania wymienionych substancji, drugim stosująca je populacja, trzecim motywacja stojąca za wymienionymi praktykami, a czwartym – w arystotelesowskim rozumieniu całości jako czegoś więcej niż sumy poszczególnych części – szczególna interakcja powyższych, której zrozumienie wydaje się być kluczowe do adekwatnej odpowiedzi na potrzeby pacjentów.

Używane substancje

Środki stosowane w chemseksie – katynony (w tym mefedron), GHB/GBL (kwas 4-hydroksybutanowy/gamma-butyrolakton) i metamfetaminę – charakteryzuje szczególny mechanizm działania, którego pozbawione są dłużej obecne na rynku i tym samym lepiej poznane substancje. W populacji osób korzystających z chemseksu katynony są najczęściej stosowanymi i najłatwiej dostępnymi środkami [7, 8]. Mefedron, tak jak inne syntetyczne katynony, ma psychoaktywne i sympatykomimetyczne działanie podobne do amfetaminy i jest silniej entaktogenny; powoduje wzrost wrażliwości sensorycznej, nasilenie towarzyskości, pobudzenie seksualne i rozhamowanie [9]. Potencjał i czas półtrwania zależą od drogi podania [10]. Przy przyjęciu doustnym umiarkowane działanie rozpoczyna się po około 30 minutach i trwa od trzech do pięciu godzin, donosowo działa po kwadransie i utrzymuje się do około dwóch godzin, a efekt po podaniu dożylnym jest natychmiastowy, wyjątkowo silny i trwa do 45 minut [11]. Przyjmowanie donosowe i dożylnie jest szczególnie niebezpieczne, ponieważ błyskawiczny i intensywny efekt powoduje chęć powtórzenia dawki. Mefedron wpływa na wzrost zewnątrzkomórkowych poziomów dopaminy, noradrenaliny i serotoniny poprzez zahamowanie ich wychwyty zwrotnego [8]. W konsekwencji (stosunkowo szybko) wykształca się zależność, a do skutków ubocznych można zaliczyć utratę apetytu, bezsenność lub zaburzenia snu, pobudzenie, niepokój, stany psychotyczne, impulsywność, agresję, odwodnienie, nadciśnienie tętnicze, tachykardię, drgawki [12].

GHB i GBL są depresantami centralnego układu nerwowego, w odpowiednim stężeniu powodującymi rozhamowanie, opisywane jako szczególnie pobudzające seksualnie. Dodatkowo mają działanie przeciwbólowe i rozluźniające mięśnie gładkie. Przyjmowane są najczęściej doustnie, w formie kropli dodawanych w małej ilości (między 0,5 a 1 ml) do napojów bezalkoholowych [9]. Utrzymanie pożądanego działania przy jednoczesnym uniknięciu przedawkowania wymaga pilnowania stężeń

poszczególnych dawek oraz odstępów między nimi. Równoczesne przyjmowanie mefedronu i/lub metamfetaminy i/lub alkoholu oraz kumulatywność GHB/GBL w organizmie sprawiają, że kontrola dawkowania jest znacznie utrudniona lub zniesiona. Przedawkowanie skutkuje m.in. niepamięcią, utratą kontroli nad motoryką, utratą przytomności czy – bezpośrednio zagrażającą życiu – niewydolnością oddechową. W jednym z badań [9] większość ankietowanych użytkowników zgłosiła co najmniej jednokrotne przedawkowanie GHB/GBL w trakcie ostatniego roku.

Metamfetamina, choć jest pochodną amfetaminy, różni się od niej silniejszym oddziaływaniem na ośrodkowy układ nerwowy, dając bardziej intensywne i wydłużone w czasie doznania [13]. Podobnie jak mefedron powoduje nagły wyrzut dopaminy i noradrenaliny. Daje poczucie silnej intymności, bliskości i połączenia emocjonalnego, zwiększa pewność siebie i ocenę własnej atrakcyjności seksualnej, osłabia zahamowania, odblokowuje pragnienia i fantazje oraz wydłuża reaktywność seksualną, umożliwiając dłuższe i bardziej intensywne kontakty [1]. Przyjmowana jest donosowo, doustnie, palona lub stosowana iniekcyjnie, przy czym dwie ostatnie drogi podania gwarantują ekstremalnie silne działanie po 1–2 minutach. Negatywne skutki mają indywidualny, zależny od jednostki przebieg i poza powikłaniami krążeniowymi i mózgowo-naczyniowymi obejmują szereg deficytów poznawczych, stanów lękowo-depresyjnych, dekompensacji psychotycznych oraz myśli i prób samobójczych [13]. W krótszej perspektywie, dni bezpośrednio po zażyciu przynoszą stany lękowo-depresyjne ze względu na skrajny niedobór serotoniny. W piśmiennictwie pojawiają się sugestie, że w przypadku metamfetaminy szkody dla zdrowia psychicznego, szczególnie w postaci ryzyka epizodów psychotycznych, zależą nie tyle od czasu używania substancji, co od wielkości jednorazowo przyjmowanych dawek [14]. Dodatkowo każda z powyższych substancji powoduje – w różnym nasileniu – zwiększenie poczucia pewności siebie, wzrost pobudzenia seksualnego (*arousal*), wzmożoną ochotę na seks (*interest*) i osłabienie zdolności odroczenia gratyfikacji. Oprócz szkód dla zdrowia płynących z używania lub nadużywania wymienionych substancji, czy to przyjmowanych oddzielnie, czy mieszanych, w piśmiennictwie pojawiają się doniesienia o równoczesnym i nadmiarowym spożyciu sildenafilu przez ich użytkowników, w celu jak najdłuższego utrzymania erekcji [15]. Dawka 100 mg sildenafilu w połączeniu z nawet niewielką ilością GHB może skutkować gwałtownym obniżeniem ciśnienia, tachykardią i niewydolnością oddechową.

Populacja kluczowa

W odpowiedzi na rosnącą popularność zjawiska, a przede wszystkim z racji związanych z nim obaw, w ostatnich latach pojawiło się kilka projektów badawczych zogniskowanych na mężczyznach korzystających z chemseksu. Można na ich podstawie scharakteryzować „przeciętnego użytkownika”, choć z pełną świadomością pewnych uproszczeń, bowiem opisy dokonywane przez pryzmat populacyjny pozwalają wprawdzie w syntetyczny sposób uchwycić badany fenomen, dać względnie adekwatny ogład jego skali oraz rządzących nim prawidłowości, ale kosztem pominięcia subtelnych, czasem wręcz kluczowych różnic indywidualnych.

Z dotychczas przeprowadzonych badań największy zasięg miało The European MSM Internet Survey (EMIS), prowadzone w 2010 i 2017 roku [16, 17]. W pierwszej edycji anonimową internetową ankietę skierowano do mieszkańców 38 krajów europejskich, w 25 językach, za pomocą 230 platform randkowych lub społecznościowych, uzyskując kompletne dane od 160 952 mężczyzn, którzy w poprzedzającym roku mieli kontakt seksualny z mężczyzną i/lub czuli się seksualnie zainteresowani innymi mężczyznami. Z próby wyodrębniono 55 446 badanych zgrupowanych wokół 44 dużych miast europejskich (jeżeli liczba ankiet z danego miasta przekraczała 400), pozostałych grupując jako inne: Zjednoczone Królestwo (8 291), inne: Europa (60 606) oraz – z uwagi na dużą liczbę ankietowanych z Niemiec – inne: Niemcy (36 609). W badaniu znalazły się także dane z Warszawy od 818 ankietowanych [16]. Połowa badanych była w wieku między 25 a 39 lat, pozostałe grupy wiekowe rozłożyły się prawie równolicznie, po około 40 tysięcy osób poniżej 25. roku życia i powyżej 40. roku życia.

Około 20% wszystkich badanych deklorowało korzystanie z chemseksu w poprzedzających czterech tygodniach. Mężczyzn korzystających z ketaminy, mefedronu, GHB/GBL i metamfetaminy w celach seksualnych było najwięcej w Brighton, Manchesterze, Londynie, Amsterdamie, Barcelonie, Madrycie i Walencji. Mężczyźni, którzy korzystali z *private sex parties* mieli wysokie wskaźniki chemseksu w poprzedzających czterech tygodniach – w Amsterdamie i Londynie aż 50%. Autorzy badania sygnalizują, że miejsce zamieszkania, a konkretnie miasto, jest najsilniejszym predyktorem korzystania z chemseksu. Z oczywistych względów stolice państw i inne duże ośrodki miejskie oferują większą dostępność używek, osób i okazji.

Druga edycja EMIS z 2017 roku [17] miała podobny zasięg, ale warto przywołać wybrane wyniki uzyskane z polskiej części próby, liczącej 4025 badanych. 11,9% mężczyzn odpowiedziało, że choć raz zdarzyło im się przyjąć substancje pobudzające, aby seks był bardziej intensywny lub trwał dłużej (dla całego badania wskaźnik wyniósł 15%). 8% ankietowanych zaznaczyło, że prawie każdy lub każdy kontakt seksualny z innym mężczyzną w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbył się pod wpływem alkoholu lub innych substancji. Demograficznie, podobnie jak w innych krajach europejskich, około 42% była w wieku między 20 a 39 lat. Łącznie 41% mężczyzn, którzy kiedykolwiek korzystali z chemseksu, nie było pewnych, nie zgodziło się lub zdecydowanie się nie zgodziło, że ich kontakty seksualne są zawsze na tyle bezpieczne, na ile tego chcą, zaś aż 18% przyznało, że choć raz w życiu zostało popchniętym, uderzonym, kopniętym lub pobitym, bo ktoś wiedział lub podejrzewał, że pociągają ich mężczyźni [17]¹.

Hibbert z zespołem [18] w 2018 roku skierował badanie ankietowe do mężczyzn żyjących w Wielkiej Brytanii, uzyskując odpowiedzi od 1649 osób. Badanych pytano

¹ Przy okazji warto zaznaczyć, że w Polsce zrealizowano dotychczas dwa duże badania poświęcone temu zagadnieniu. Realizatorem jednego z nich był Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, dysponujący środkami z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Celem ogólnym projektu było oszacowanie skali występowania zjawiska chemseksu w Polsce i rozpowszechnienia wśród jego użytkowników infekcji przenoszonych drogą płciową oraz zidentyfikowanie potrzeb w zakresie metod prewencji chorób zakaźnych, leczenia uzależnień i interwencji profilaktycznych, wraz z określeniem akceptowanych interwencji w tym zakresie. Badania zrealizowano jakościowo i ilościowo.

o identyfikację, i aż 86% zaznaczyło opcję gej/mężczyzna homoseksualny. Ponad połowa miała wykształcenie wyższe, 4% wiedziało o swoim zakażeniu HIV. SDU, operacjonalizowane jako użycie jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej (z wyłączeniem nikotyny i alkoholu) przed lub w trakcie aktywności seksualnej, zgłosiło 670 mężczyzn, wśród których korzystanie z chemseksu zgłosiło 6%. Używanie substancji (szczególnie katynonów, GHB/GBL i metamfetaminy) w celach seksualnych korelowało z częstszym podejmowaniem kontaktów analnych bez zabezpieczenia prezerwatywą. Co wydaje się ważne, mężczyźni korzystający z chemseksu zgłaszali niższą ogólną satysfakcję z życia przy równoczesnej wyższej satysfakcji z życia seksualnego.

Wyższe wskaźniki podejmowania niezabezpieczonych kontaktów seksualnych przez mężczyzn korzystających z substancji w celach seksualnych raportują także zespoły Gonzalez-Baeza [19] i Puffal [20]. W grupie 742 pacjentów klinik leczenia HIV w Madrycie [19] aż 60% miało niezabezpieczony prezerwatywą stosunek analny w poprzedzających sześciu miesiącach, a 29% korzystało z chemseksu w ciągu ostatniego roku. 62% miało w historii diagnozę przynajmniej jednej, oprócz HIV, infekcji przenoszonej drogą płciową. Aż 88% uczestników badania używało mobilnych aplikacji geolokalizacyjnych w celach seksualnych, z czego 32% organizowało kontakty seksualne wyłącznie za ich pośrednictwem. Zespół opublikował także rozszerzoną analizę danych uzyskanych od wspomnianych 29% (216 osób), które angażowały się w chemseks [21]. 64% z nich miało wyższe wykształcenie, prawie 71% miesięczny przychód wyższy niż 1000 euro. Mediana wieku wynosiła 38 lat. 34 badanych przyjmowało środki iniekcyjnie i w porównaniu z nieiniekcijnymi użytkownikami miało zachowania seksualne wyższego ryzyka, częstsze diagnozy infekcji przenoszonych drogą płciową (*sexually transmitted infections*, STI) i bardziej dokuczliwe krótko – i długofalowe skutki przyjmowanych substancji, obejmujące przede wszystkim utraty świadomości, objawy psychotyczne i zachowania samobójcze [21]. Autorzy skoncentrowali analizę głównie wokół iniekcyjnych użytkowników, opierając się na wcześniejszych doniesieniach o znaczącym wzroście odsetka MSM przyjmujących substancje tą drogą, w porównaniu roku 2000 do 2015. Środki psychoaktywne przyjmowane iniekcyjnie powodują nie tylko szybszy i bardziej intensywny pożądany efekt, ale także bardziej dokuczliwe skutki uboczne oraz silniejszą zależność.

Puffal i wsp. [20] wprost stawiają hipotezę, że chemseks i inne formy używania substancji w celach seksualnych są częściowo odpowiedzialne za wzrost zakażeń HIV oraz inne infekcje przenoszone drogą płciową wśród MSM w Anglii i Walii, a być może i w większej części Europy. Badacze skorzystali z ankiety Positive Voices, zbierającej dane ze wszystkich 30 klinik leczenia HIV na terenie Zjednoczonego Królestwa. Wybrano reprezentatywną próbę 4350 osób (około 20% wszystkich pacjentów HIV+ w UK), którym rozesłano lub rozdano kwestionariusze dotyczące chemseksu. Ostatecznie uzyskano 777 odpowiedzi, z których zakwalifikowano 392 MSM. W chemseks w ostatnich 12 miesiącach angażowało się 29,5% z nich, głównie między 18. a 44. rokiem życia, zamieszkałych w Londynie. Aż 72,3% uczestników zgłaszało niezabezpieczony prezerwatywą kontakt analny, a 40% miało w historii diagnozę innej STI.

Bourne i Weatherburn [22] zauważają, że porównywanie badań nad używaniem substancji wśród mężczyzn jest trudne lub wręcz nawet niemożliwe nie tylko dlatego,

że w niemal każdym z nich w inny sposób operacjonalizuje się problemowe stosowanie substancji, tak pod kątem częstotliwości, jak i samych środków, ale przede wszystkim dlatego, że w niektórych badaniach używana jest kategoria behawioralna (MSM), zaś w innych tożsamościowa (mężczyźni homo – i biseksualni). Zresztą sami autorzy tego spostrzeżenia porównują MSM z mężczyznami heteroseksualnymi, powielając w ten sposób błąd, który wcześniej krytykowali.

Motywacja

W badaniach nad mężczyznami praktykującymi chemseks motywacja jest rzadko podejmowanym wątkiem [16, 19]. Autorzy znacznie częściej koncentrują się na demografii populacji, zdrowiu fizycznym i (rzadziej) psychicznym, częstotliwości używania poszczególnych substancji, a także rodzajach podejmowanych kontaktów seksualnych i związanym z nimi ryzyku zakażeń. W nielicznych badaniach ilościowych pojawiają się tworzone na ich potrzeby skale motywacji, dające jednak możliwość ustosunkowania się wyłącznie do określonych itemów. Przykładowo w badaniu ankietowym Hibberta i wsp. [18] kierowanym do mężczyzn z Wielkiej Brytanii angażujących się w chemseks (n=99), inne formy SDU przy użyciu poppersa (potoczna nazwa azotynów – głównie amylu – które wdychane powodują rozluźnienie mięśni gładkich i zwiększenie odczuć seksualnych), ecstasy, konopii, kokainy i sildenafilu (n=570) lub kontakty seksualne pod wpływem alkoholu (n=548), pytano o motywację do podejmowania wyżej wymienionych aktywności. 72% użytkowników chemseksu zgadzało się lub zdecydowanie się zgadzało, że chemseks daje intensywne doświadczenia seksualne (SDU – 42%, alkohol – 9%), 59% angażowało się w aktywności, których nie podjęłoby na trzeźwo (SDU – 34%, alkohol – 43%), dla 58% umożliwiała to dłuższy kontakt seksualny (SDU – 25%, alkohol – 6%), 43% było bardziej skłonne zrezygnować z użycia prezerwatywy (SDU – 21%, alkohol – 29%), negatywne skutki odczuwało 17% (SDU – 6%, alkohol – 7%), a aż 83% uznało, że taka forma daje im większą radość z seksu i nie zaburza kontroli (SDU – 89%, alkohol – 86%). W innym badaniu mężczyźni z Holandii mający kontakty seksualne z mężczyznami zaangażowani w chemseks (n=209) w niemal 80% podawali zwiększoną reaktywność seksualną oraz wydłużenie trwania stosunku, a w ponad 70% spadek zahamowań i intensyfikację doznań [23].

Bourne i Weatherburn [22], analizując narracje w piśmiennictwie z zakresu zdrowia publicznego, psychologii i socjologii dotyczące motywacji do używania substancji psychoaktywnych i alkoholu w populacji MSM (lub mężczyzn homo – i biseksualnych), dostrzegli trzy główne wątki: wzmocnienie poczucia przynależności, radzenie sobie z trudnościami oraz wzmocnienie przyjemności. Autorzy zauważają, że substancje – początkowo głównie alkohol i tytoń – były od lat 70. XX wieku nieodłącznym tłem spotkań mężczyzn nieheteroseksualnych, kiedy jedyne (względnie) bezpieczne miejsca spotkań społeczności zawężyły się do barów i dyskotek, utrzymujących się głównie ze sprzedaży alkoholu. Choć na przestrzeni dekad w wyniku dekryminalizacji i depatologizacji homoseksualności nastąpiła znaczna dywersyfikacja przestrzeni aktywności towarzyskich, to nadal alkohol i inne używki są łatwo dostępne i szeroko w tych społecznościach akceptowane. Radzenie sobie z codziennymi trudnościami

i obniżoną samoocena za pomocą substancji psychoaktywnych jest szeroko opisane w literaturze z zakresu terapii uzależnień, niemniej Bourne i Weatherburn zwracają szczególną uwagę na specyfikę doświadczeń osób nieheteroseksualnych w tym zakresie. Stres mniejszościowy może bowiem dodatkowo skłaniać homo – i biseksualnych mężczyzn do sięgania po używki zmieniające świadomość. Osią może tu być połączenie negatywnych doświadczeń stygmatyzacji i wiktymizacji z potrzebą ukrywania swojej tożsamości, prowadzące do zinternalizowanej homo – i bifobii. Taka intuicyjna autometrykalizacja daje możliwość czasowego uwolnienia się od bolesnych stanów afektywnych, konfliktu między ujawnieniem (się) a ukrywaniem czy nawet osłabianiem lęku przed zakażeniem HIV. Osiągana w ten sposób przyjemność jest, jak zauważają autorzy, najrzadziej podejmowanym wątkiem zarówno w szeroko zakrojonych badaniach nad używaniem substancji, jak i w obszarze chemseksu – co wydaje się prowadzić do uzyskiwania niepełnego, a przy tym jednostronnego obrazu tych fenomenów.

Brakujące ogniwa

Jak wskazano wcześniej, większość autorów badań nad mężczyznami praktykującymi chemseks skupia się na ryzyku dla zdrowia fizycznego i na epidemiologii zakażeń, pomijając aspekt zdrowia psychicznego wraz z całą złożonością intrapsychicznych i interpersonalnych uwarunkowań [18, 19, 22, 24]. Istotnie, angażowanie się w chemseks koreluje z większą liczbą partnerów seksualnych, wyższym spożyciem alkoholu oraz zwiększoną skłonnością do zachowań ryzykownych. U osób żyjących z HIV obniża to adherencję i podnosi wiremię do wykrywalnego poziomu, osłabiając działanie leków antyretrowirusowych i stwarzając możliwość transmisji zakażenia, a u osób seronegatywnych obniżenie kontroli spowodowane intoksykacją wpływa na podejmowanie kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia [18]. Powyższe obserwacje, wsparte szeregiem badań, są niewątpliwie potrzebne do opracowywania programów redukcji szkód, niemniej jednak, nie wykraczając poza behawioralny język opisu, gubią złożoność motywacji, przeżyć i doznań, sprowadzając mężczyzn do kategorii „użytkowników problemowych”, generujących „ryzyko epidemiologiczne” i „szkody dla zdrowia publicznego”. Ta koncentracja na „ryzykantach” oraz nieobecność lub marginalizacja kontekstu społecznego, a także podrzędność zdrowia jednostki wobec zdrowia publicznego są trzema głównymi obszarami zainteresowania epidemiologii krytycznej, szerzej omówionej np. przez Edelmana [25]. Snuta wokół chemseksu przyczynowo-skutkowa narracja o nadużywaniu substancji, które poprzez rozhamowanie i utratę kontroli prowadzą do wzrostu liczby infekcji przenoszonych drogą płciową w populacji, pomija złożoność zjawiska, promując tym samym epidemiologiczny redukcjonizm, co w niewielkim tylko stopniu przyczynia się do rozwiązania problemu. Wyłącznie w oparciu o tę perspektywę nie sposób bowiem sformułować zaleceń odnośnie do prewencji i profilaktyki, wskazań dla psychoterapii czy innych metod oddziaływań, w które zaangażowani byłiby także i sami zainteresowani, a więc mężczyźni praktykujący chemseks.

Odrzucani przez odrzucanych. Stres wewnątrz-mniejszościowy a zachowania ryzykowne

Potwierdzana licznymi badaniami wyższa prevalence zaburzeń depresyjno-lękowych wśród gejów i mężczyzn biseksualnych w porównaniu do heteroseksualnych [por. 26–28] najczęściej tłumaczona jest w oparciu o teorię stresu mniejszościowego [29]. Ponad wszelką wątpliwość doświadczenie dyskryminacji, braku społecznych przywilejów, ukrywanie swojej tożsamości, obawa przed odrzuceniem i uwewnętrzniona homo – i bifobia stanowią obciążenie dla zdrowia psychicznego, niemniej w ostatnich latach pojawiały się wątpliwości, czy teoria stresu mniejszościowego w wystarczającym stopniu tłumaczy tak duże rozbieżności, szczególnie widoczne w populacji mężczyzn [np. 30]. Wypełniając tę lukę, Pachankis i wsp. [31] opracowali koncepcję stresu wewnątrz-mniejszościowego (*intraminority stress*), sugerując, że zdrowie psychiczne mężczyzn nieheteroseksualnych może być zagrożone nie tylko z powodu zewnętrznych, kulturowo uwarunkowanych stresorów, ale także przez opresyjne oddziaływanie własnej społeczności. Napięcia te, zdaniem autorów, narastają między innymi dlatego, że bliskie relacje, w tym relacje seksualne i związki romantyczne, pomiędzy mężczyznami tworzą się w tej samej grupie, w której z racji biologicznych i kulturowych uwarunkowań panuje równocześnie kompetytywność, zorientowanie na status społeczno-ekonomiczny, koncentracja na seksie i wykluczanie różnorodności. Taka biologicznie uwarunkowana oraz wzmacniana kulturowo (np. w ramach aksjologii kapitalizmu) skłonność do rywalizacji między mężczyznami staje się więc, paradoksalnie, właśnie w przypadku gejów źródłem dodatkowego stresu. Mężczyźni postrzegający siebie jako posiadających niższą pozycję społeczną, ze względu na wiek, sytuację ekonomiczną, atrakcyjność fizyczną czy status serologiczny, będą właśnie z tej racji oprócz klasycznego stresu mniejszościowego doświadczali także odrzucenia lub lęku przed odrzuceniem ze strony innych nieheteroseksualnych mężczyzn, a więc w obrębie własnej grupy odniesienia. Ponadto stwierdzono [32], że napięcia wywodzące się ze społeczności gejskiej są w dużej mierze pomijanym składnikiem stresu społecznego, a co za tym idzie ryzyka behawioralnego dotyczącego homo – i biseksualnych mężczyzn. Można się wobec powyższego spodziewać, że odrzucenie mające miejsce w obszarze seksualnym z większym prawdopodobieństwem będzie skutkowało próbami odzyskania statusu w tym samym kontekście, także poprzez zachowania o potencjalnie groźnych konsekwencjach, które – zwłaszcza wśród mężczyzn – są wypróbowanym sposobem na zdobycie akceptacji rówieśników. Dodatkowo odrzucenie przez innych mężczyzn należących do tej samej mniejszości częściej pojawi się w kontekście poszukiwania seksu, np. poprzez aplikacje mobilne. Ich użytkownicy mogą doświadczyć wielokrotnego odrzucenia przez potencjalnych partnerów seksualnych, zanim ostatecznie spotkają się na seks, i to właśnie te wcześniejsze doświadczenia mogą mieć wpływ na późniejsze zachowania w zdecydowanie większym stopniu niż społeczno-kulturowe uwarunkowania. Tezy te znajdują częściowe potwierdzenie w badaniach z 2020 roku [32].

Złożony zespół stresu pourazowego (c-PTSD)

Od kiedy diagnoza zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*) zdominowała rozumienie i opisywanie psychologicznych skutków traumatycznych zdarzeń takich jak wojna, katastrofa, wypadek czy napaść, argumentowano, że PTSD nie wystarcza do opisu wszystkich pacjentów przeżywających chroniczny stres [33]. Zaobserwowano, że u dorosłych pacjentów mających doświadczenie wieloletniej ekspozycji na przemoc werbalną, fizyczną czy seksualną lub funkcjonujących w poczuciu zagrożenia bezpieczeństwa, zdrowia czy życia, nie tylko rozwijały się objawy podobne do PTSD, ale obserwowano też dodatkowe, głębiej sięgające zaburzenia. Wobec powyższego Światowa Organizacja Zdrowia do jedenastej wersji ICD zaproponowała nową jednostkę diagnostyczną – cPTSD (*complex post-traumatic stress disorder*) [34]. Podczas gdy kategoria PTSD w ICD–11 obejmuje trzy klastry: ponowne przeżywanie sytuacji traumatycznej, aktywne unikanie elementów przypominających traumę i bieżące poczucie zagrożenia, cPTSD jest rozszerzone o trzy dodatkowe, mające odzwierciedlać zaburzenia samoregulacji. Są to: dysregulacja afektu (*affect dysregulation*), negatywny obraz siebie (*negative self-concept*) i problemy interpersonalne (*interpersonal problems*) [35]. W tym rozumieniu długotrwałe narażenie na zagrożenie płynące z najbliższego otoczenia, szczególnie w okresie dzieciństwa i adolescencji, może zaburzać rozwój emocjonalny i wykształcenie się prawidłowych zdolności regulacyjnych, wzmacniając nieadaptacyjne przekonania na własny temat i prowadząc do problematycznego funkcjonowania interpersonalnego w dorosłości. Propozycja WHO skutkowałą szeregiem badań klinicznych, których wyniki w zdecydowanej większości zdają się wspierać zarówno poprawność konstruktu cPTSD, jak i zasadność jego odróżnienia od PTSD [36, 37]. Ekspozycja na traumatyzujące stresory, takie jak przemoc, znęcanie się, nękanie (także rówieśnicze), przy tym wydłużone w czasie, powtarzające się i wielopostaciowe, od których ucieczka jest utrudniona lub niemożliwa, istotnie zwiększa ryzyko cPTSD [36]. Dysregulację emocjonalną należy rozumieć jako wzmoczoną reaktywność, gwałtowne wybuchy złości, autodestrukcyjne zachowania, drażliwość. Negatywny obraz siebie odzwierciedla się w niskiej samoocenie, bezradności, poczuciu bezwartościowości, wstydu i winy. Problemy interpersonalne mogą dotyczyć niestabilności, zmienności, izolacji i wycofywania się.

Utrwaloną tradycję w rozumieniu traumy ma ujęcie umysłu jako obiektu chronionego przez tarczę, która jest selektywnie przepuszczalna i broni go przed zalewem bodźców z zewnątrz [37]. Trauma psychologiczna, podobnie jak uraz mechaniczny narusza ciągłość tkanek, dokonuje wyłomu w tarczy, poprzez który do umysłu dociera więcej bodźców, niż jesteśmy w stanie przetworzyć i zintegrować. Trauma jest także doświadczeniem utraty utrwalonych wyobrażeń o świecie oraz jego przewidywalności, a także zabezpieczających nas mechanizmów obronnych, zwłaszcza wyższego rzędu, jak np. intelektualizacja, racjonalizacja, wyparcie czy przemieszczenie, na rzecz obron niższego rzędu. Mechanizmem obronnym z tej grupy, często łączonym z PTSD i cPTSD, jest dysocjacja [38, 39]. Szczegółowy opis operacjonalizowania dysocjacji i badania jej współwystępowania z PTSD i cPTSD można znaleźć u Hylanda i wsp. [39], teraz wystarczy przyjąć, że kategoria ta w najszerszym rozumieniu odnosi się do

sytuacji utraty dostępu do procesów psychicznych (a zatem także kontroli nad nimi), które w normalnych warunkach znajdują się w zasięgu świadomości i są możliwe do atrybucji [40]. W kontekście prowadzonych tutaj analiz szczególnie warto zwrócić uwagę na możliwe dwojaki rozumienie dysocjacji, a mianowicie jako stanu i jako cechy. Stan dysocjacji, będący uszczerbkiem mniejszym, wiąże się z utratą „tylko” czasową, występującą w reakcji na zdarzenie traumatyczne i utrzymującą się niedługo po nim, natomiast cecha dysocjacji jest utratą mającą chroniczny charakter. Wydaje się przy tym, że dysocjacja taktowana jako stan częściej współwystępuje z PTSD, zaś dysocjacja jako cecha jest konsekwencją rozciągniętego w czasie cPTSD [39].

Problematiczny chemseks nie jest zjawiskiem zaskakującym

Znajomość mechanizmów działania substancji używanych do chemseksu wraz z odniesieniem tego do charakteru populacji mężczyzn nieheteroseksualnych daje możliwość zrozumienia, dlaczego to właśnie mefedron, GHB/GBL i metamfetamina, a nie inne używane od dekad w kontekście społecznym środki są preferowane w tej grupie. Wydaje się bowiem, że chemseks rozpatrywany z takiej właśnie perspektywy można potraktować jako intuicyjne leczenie, indukowaną dysocjację, której celem jest chwilowe stłumienie negatywnego myślenia o własnej seksualności oraz radzenie sobie z poczuciem odrzucenia. Mefedron i GHB/GBL są przy tym użyteczne do supresji traumy i poczucia winy, podczas gdy metamfetamina skutecznie wytwarza złudzenie bliskości i intymności. Możliwość takiej interpretacji wzmacnia dodatkowo narastająca atmosfera kulturowa, której istotnym składnikiem w ostatnich latach stała się narastająca niechęć do osób nieheteroseksualnych. Społeczne postawy wobec homoseksualności, szczególnie męskiej, oraz sprowadzanie jej przez hierarchów kościelnych i polityków wyłącznie do wymiarów fizjologicznych mogą skutecznie podważać szacunek do samego siebie, sabotować samoakceptację, eskalować ambiwalencję w stosunku do własnej orientacji, a w konsekwencji hamować także możliwość odczuwania przyjemności z kontaktów seksualnych. Indukowane w społeczeństwie niechęć i obrzydzenie do męskiej nieheteroseksualności mogą zostać zinternalizowane i powodować w rezultacie niezdolność do podjęcia aktywności seksualnej bez równoczesnego użycia substancji powodujących zmianę stanu świadomości. Zaburzone poczucie bezpieczeństwa w powiązaniu z faktycznym lub antycypowanym odrzuceniem przez rodzinę, doświadczenie odczłowieczania, upokorzenia i wykluczenia (możliwe także w obrębie własnego, mniejszościowego środowiska) może generować nie tylko potrzebę poszukiwania wspólnoty i bliskości, choćby iluzorycznej, ale także redukcji napięcia, natychmiastowej ulgi i oderwania od rzeczywistości bez względu na koszty i ponoszone ryzyko.

Z uwagi na kontekst społeczno-kulturowy nieheteroseksualni mężczyźni częściej (niż heteroseksualni) zmagają się z samotnością i trudnością w zbudowaniu trwałej relacji. Aplikacje randkowe/ułatwiające seks mają wbrew pozorom spory potencjał, aby tę samotność raczej podsycać niż niwelować, kreują bowiem rzeczywistość, w której liczy się nie osoba i jej tożsamość, a ciało jako towar, który aby się sprzedać, musi spełniać określone kryteria „marketingowe”. Dla mężczyzn, którzy czują się

samotni i odizolowani zarówno wobec społeczeństwa, jak i w obrębie własnej grupy odniesienia, chemseks może stanowić szansę na odzyskanie poczucia przynależności. Źródłem licznych problemów psychologicznych i zdrowotnych wśród osób nieheteronormatywnych jest fakt, że zbyt często jedynym sposobem uzyskania społecznej akceptacji, a wraz z nią poczucia przynależności, jest rezygnacja z ujawniania swojej tożsamości seksualnej. Taka w gruncie rzeczy selektywna i warunkowa oferta aprobaty utrwała tylko poczucie wstydu w odniesieniu do własnej orientacji, a zarazem wzmaga procesy samokontroli co do własnych wypowiedzi i zachowań, aby nie dopuścić do jej publicznego ujawnienia. Jest prawdą banalną, o której się jednak łatwo zapomina, że jako ludzie chcemy być akceptowani w pełni, wraz ze wszystkimi cechami, które uważamy za istotne składniki naszej tożsamości. W tej konfliktowej sytuacji chemseks wydaje się stanowić atrakcyjną opcję, oferuje bowiem szybką – choć krótkotrwałą – ucieczkę od zinternalizowanego wstydu, zapewniając jednocześnie intensywne doznania emocjonalne i seksualne.

Wyzwania dla kompleksowej opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej

Perspektywą jak do tej pory najpełniej opisującą kompleksowość i złożoność problemów zdrowotnych grup społecznie marginalizowanych jest konstrukt syndemii, opracowany przez antropologa Merrilla Singera w latach 90. XX wieku [41]. Syndemia to sytuacja, w której dochodzi do pogorszenia przebiegu dwóch lub większej liczby połączonych (agregacja) problemów zdrowotnych w danej populacji ze względu na dodatkowe oddziaływanie niekorzystnych czynników o biologicznym, behawioralnym, intrapersonalnym i/lub społecznym (kulturowym) charakterze. Pojawia się wszędzie tam, gdzie istnieją nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, stygmatyzacja, stres i strukturalna przemoc. I to właśnie tego typu uwarunkowania społeczne są odpowiedzialne za formowanie się poszczególnych chorób/problemy zdrowotnych, ich nakładanie się na siebie oraz rozprzestrzenianie. Błędem – według tej koncepcji – jest zatem identyfikowanie poszczególnych trudności jako czynników ryzyka, np. stresu mniejszościowego jako czynnika ryzyka depresji lub chemseksu jako czynnika ryzyka zakażenia HIV, bez rozpoznania, w jaki sposób społeczne i środowiskowe uwarunkowania sprzyjają intersekcjonalnemu nakładaniu się na siebie problemów behawioralnych, psychicznych i najszerzej pojętych kwestii zdrowotnych.

Należy podkreślić, że grupa korzystająca z chemseksu jest niejednorodna, w jej ramach mieszczą się bowiem zarówno mężczyźni, którzy angażują się w tę praktykę sporadycznie, jak i tacy, którzy robią to częściej, a przy tym problemowo – i ci ostatni zwykle potrzebują i/lub poszukują pomocy. Psychoedukacja i szeroko pojęta profilaktyka zdrowotna okazują się wystarczające dla większości mężczyzn korzystających z chemseksu okazjonalnie, jako dodatku do zwykłych praktyk seksualnych – „na trzeźwo”. Oddziaływania psychiatryczne i psychoterapeutyczne są zasadne i pożądane w przypadku problemowego stosowania chemseksu, choć samo rozróżnienie na użycie problemowe i nieproblemowe wydaje się – *nomen omen* – problematyczne. Stwarza bowiem szerokie pole dla nadużyć i nieprawidłowości. Z jednej bowiem strony, użytkownik może zaprzeczać trudnościom lub je bagatelizować, nie dostrzegając skali

szkód, jakich doświadcza. Z drugiej zaś także i klinicysta może arbitralnie zdecydować, że każdy rodzaj łączenia aktywności seksualnej z substancjami psychoaktywnymi kwalifikuje się do leczenia. Kompromisowym, choć nie idealnym podejściem wydaje się być podkreślanie podmiotowości pacjenta poprzez oddanie mu odpowiedzialności za nazwanie problemu i wyrażenie woli szukania dla siebie pomocy.

Mężczyźni problemowo korzystający z chemseksu rzadko docierają do specjalistów z co najmniej dwóch głównych powodów. Pierwszym jest wstyd – za nieheteroseksualną tożsamość, za korzystanie z nielegalnych substancji do wspomagania seksu (także grupowego), za towarzyszącą temu utratę kontroli, czasem dodatkowo za status HIV+. Drugim jest niska dostępność psychiatrów, psychoterapeutów i seksuologów obeznanych z tą problematyką i podejmujących się pracy z tą grupą pacjentów. Dodatkowo nie bez znaczenia jest fakt, że chemseks może także i w tej grupie budzić silne, a przy tym negatywne emocje. Dzieje się tak, ponieważ poszczególne składowe/efekty tej praktyki, takie jak utrata zahamowań, oddanie kontroli, przekroczenie granic, jawić się mogą dla wielu z nas – także specjalistów – jako trudne do zaakceptowania. Koncentracja na aspektach behawioralnych, szkodach dla jednostki i dla zdrowia publicznego czy wręcz ryzyku epidemiologicznym może w odczuciu potencjalnych pacjentów stanowić narzędzia kontroli, oceny i kary, a obawa przed nimi w znacznym stopniu wpływać na decyzję o rezygnacji z wizyty w specjalistycznym gabinecie. Ponadto mężczyźni homo – i biseksualni statystycznie częściej będą trafiać do gabinetów heteroseksualnych specjalistów, wynika to rozkładu występowania określonych tożsamości seksualnych w populacji. Tym samym jest wysoce prawdopodobne, że konfrontacja z treściami wnoszonymi przez pacjenta będzie dla specjalisty emocjonalnym i poznawczym wyzwaniem wymagającym przepracowania swoich własnych postaw, uprzedzeń, zahamowań i mechanizmów obronnych. Flores-Aranda [42] zauważa, że jednym brakujących elementów usług pomocowych dla użytkowników chemseksu jest pomijanie aspektu przyjemności, zarówno tej płynącej z samego aktu seksualnego akcelerowanego substancjami, jak i tej związanej z samoocena, chwilową akceptacją swoich preferencji, zachowań, swojej tożsamości. Decydowanie się na trzeźwy seks to dla wielu rezygnacja z powyższych i przy braku alternatyw, trudno taką rezygnację przyjąć bez żalu i straty. Specjalista musi zatem znaleźć w sobie gotowość na otwarcie się na takie rozumienie sytuacji pacjenta, a to wymaga nieraz przekraczania własnych granic.

Złożone problemy nie zawsze wymagają złożonych i wysoce wyspecjalizowanych narzędzi. Evans [43] pisze, że chemseks jest kontenerem społecznościowej traumy, może zatem trzeba zadać sobie pytanie, jaki inny kontener możemy dla tej grupy pacjentów zbudować. Relacja psychoterapeutyczna czy psychiatryczna, w której pacjent jest słyszany, rozumiany i nieoceniany, doświadcza zainteresowania i troski, to jednocześnie taka, gdzie perspektywa zachowań ryzykownych i szkód będzie na drugim planie. Nie tyle jest zatem istotne, „co” jest problemem, a „kto” z nim przychodzi. Paradoksalnie to właśnie perspektywa tożsamościowa, tak chętnie odrzucana w badaniach nad zdrowiem publicznym na rzecz niestygmatyzującej kategorii MSM, może okazać się spoiwem większości objawów i problemów, z którymi trafia pacjent. Warto w uzupełnieniu nadmienić, że akronim MSM powstał w 1994 roku [44], w centralnym momencie epidemii

HIV. Zasadność jego utworzenia opierała się wtedy, jak się wydaje, głównie na przesłankach epidemiologicznych. Poszukiwano terminu neutralnego tożsamościowo i wolnego od konotacji społecznych i politycznych, który opisywałby populację wyłącznie przez pryzmat podejmowanych zachowań, uważając, że to zachowania właśnie, a nie autoidentyfikacja, wiążą się z ryzykiem zakażeń. Tym samym kategoria MSM miała osłabić przypisywanie HIV wyłącznie nieheteroseksualnym i biseksualnym mężczyznom, co przekładało się wtedy (i przekłada do dziś) na stygmatyzację i przemoc wobec całego środowiska LGBT. Ta behawioralna kategoria, choć niewątpliwie użyteczna w obszarze zdrowia publicznego i w modelu redukcji szkód, wydaje się jednak posiadać istotne wady z terapeutycznego punktu widzenia, uniemożliwiające wręcz skuteczną interwencję. Gubi ona bowiem nader istotny fakt, że geneza takich zachowań może mieć właśnie przede wszystkim charakter tożsamościowy. Trawestując bowiem słynne zdanie Thomasa Szasa o chorych psychicznie, można by zaryzykować stwierdzenie, że chemseks jest „zrozumiałą” poniekąd reakcją wrażliwych nieheteroseksualnych mężczyzn na społeczne praktyki wykluczania i stygmatyzowania, które czynią ich orientację seksualną – niemożliwą przecież do porzucenia – zarazem także i niemożliwą do zaakceptowania przez nich samych. Realizować ją w tej sytuacji można zatem tylko wtedy, gdy równocześnie osłabi się lub wręcz wyeliminuje – wprawdzie chwilowo, ale za to całkowicie – te wszystkie czynniki intrapsychiczne z zakresu samowiedzy, samooceny i samokontroli, które to utrudniają bądź uniemożliwiają. Chemseks, jakkolwiek potencjalnie zagrażający poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi i psychologicznymi, jawi się w tym świetle jako atrakcyjne narzędzie służące realizacji takiej możliwości. Oceniając jednak negatywnie jego formę i konsekwencje zdrowotne (ale także i aspekty etyczne czy estetyczne), pamiętać należy, że w istotnym stopniu odpowiedzialność za tę oraz inne praktyki tego rodzaju ponosi również kultura, którą wszyscy współtworzymy i której częścią jesteśmy. Oprócz działalności profilaktycznej i terapeutycznej niezbędnym składnikiem staje się aktywność uświadamiająca i edukacyjna, której celem jest rzetelne informowanie szeroko rozumianej opinii publicznej o złożonym i wielorako uwarunkowanym charakterze zjawisk z zakresu zdrowia psychicznego.

Piśmiennictwo

1. Tsutsumi A, Izutsu T, Matsumoto T. *Risky sexual behaviors, mental health, and history of childhood abuse among adolescents*. Asian J. Psychiatr. 2012; 5 (1): 48–52. Doi: 10.1016/j.ajp.2011.12.004.
2. Cooper ML. *Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence*. J. Stud. Alcohol Suppl. 2002; 14: 101–117. Doi: 10.15288/jsas.2002.s14.101.
3. Lavan H, Johnson JG. *The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence*. J. Personal Disord. 2002; 16 (1): 73–94. Doi: 10.1521/pedi.16.1.73.22559.
4. Ramrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C. *Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort*. British Medical Journal. 2000; 321 (7256): 263–266. Doi: 10.1136/bmj.321.7256.263.

5. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime. *Systematic literature review. Risk and transmission of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users: a review of the evidence (A). Part 1/5: methodology and summary*. 2017; http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2017/1_Stim_HIV_Syst_Lit_rev_Part_1_methodology_and_summary.pdf (dostęp: 30.01.2021).
6. Stuart D. *Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture*. *Drugs and Alcohol Today*. 2019; 19 (1) 3–10. Doi: 10.1108/DAT-10-2018-0058.
7. Bourne A. *Drug use among men who have sex with men: Implications for harm reduction*. W: Stoicescu C. *Global State of Harm Reduction*. London: Harm Reduction International; 2012.
8. Dolengevich-Segal H, Rodriguez-Salgado B. *Chemsex. An emergent phenomenon*. *Adicciones*, 2017; 29 (3): 207–209.
9. Bourne A, Reid D, Hickson FC, Torres-Rueda S, Steinberg PD, Weatherburn P. “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. *The International Journal of Drug Policy*. 2015; 26 (12): 1171–1176.
10. Dolengevich-Segal H, Rodriguez-Salgado B. *An approach to the new psychoactive drugs phenomenon*. *Salud Ment*. 2017; 40 (2): 71–82.
11. Dolengevich-Segal H, Rodriguez-Salgado B, Ramírez JG, Sánchez-Mateos DI. *New Psychoactive Drugs*. *Adicciones*. 2015; 27 (3): 231–232.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *High-risk drug use and new psychoactive substances, EMCDDA Rapid Communication*. 2017. Doi: 10.2810/807363.
13. May AC, Aupperle RL and Stewart JL. *Dark times: The role of negative reinforcement in methamphetamine addiction*. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 114. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.00114.
14. Sadjadi SA, Rezaei-Ardani A, Eslamzadeh M. *Are dose and duration of methamphetamine abuse associated with psychotic symptoms?* *Int. J. High Risk Behav. Addict*. 2020; Online ahead of print, Doi:10.5812/ijhrba.99574.
15. Pichini S, Marchei E, Pacifici R, Marinelli E, Busardo FP. *Chemsex intoxication involving sildenafil as an adulterant of GHB*. *Drug Test Anal*. 2017; 9(6): 956–959.
16. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid SD, Marcus U, Hickson F. *EMIS Network. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS)*. *Int. J. Drug Policy*. 2016; 38: 4–12.
17. Weatherburn P, Hickson F, Reid SD, Schink SB, Marcus U, Schmidt AJ. *The EMIS Network. EMIS–2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. 2019.
18. Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. *Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK*. *Sex. Transm. Infect*. 2019; 95 (5): 342–350. Doi: 10.1136/sextrans-2018-053933.
19. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Perez-Valero I, Cabello A, Tellez MJ, Sanz J i wsp. *Sexualized drug use (chemsex) is associated with high-risk sexual behaviors and sexually transmitted infections in HIV-positive men who have sex with men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 study*. *AIDS Patient Care STDS*. 2018; 32(3): 112–118. Doi: 10.1089/apc.2017.0263. PMID: 29620925.
20. Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M i wsp. *Sexualized drug use (‘chemsex’) and high-risk sexual behaviours in HIV positive men who have sex with men*. *HIV Med*. 2018; 19(4): 261–270. Doi: 10.1111/hiv.12574.
21. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ i wsp. *Drug related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (Slamsex): Data from the USEX GESIDA 9416 Study*. *PLoS One*. 2019; 14(12). Doi:10.1371/journal.pone.0220272.

22. Bourne A, Weatherburn P. *Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need*. Sex. Transm. Infect. 2017; 93(5): 342–346. Doi: 10.1136/sextrans-2016-052674.
23. Blomquist PB, Mohammed H, Mikhail A, Weatherburn P, Reid D, Wayal S i wsp. *Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in chemsex: results from a large online survey in England*. Sex. Transm. Infect. 2020; 96(8): 590–595. Doi: 10.1136/sextrans-2019-054345.
24. Troya J, Martínez de Gándara A, Ryan P, Cuevas G, Pardo V. *Mephedrone and chemsex: when it stops being a party and becomes a fatal problem*. International Journal of STD & AIDS. 2019; 30(10): 1028–1030. Doi:10.1177/0956462419857004.
25. Edelman N. *Towards a critical epidemiology approach for applied sexual health research*. J. Health Psychol. 2018; 23(2): 161–174. Doi: 10.1177/1359105317743768.
26. Rosser BR, Bockting WO, Ross MW, Miner MH, Coleman E. *The relationship between homosexuality, internalized homo-negativity, and mental health in men who have sex with men*. J. Homosex. 2008; 55(2): 185–203. Doi: 10.1080/00918360802129394.
27. Lee C, Oliffe JL, Kelly MT, Ferlatte O. *Depression and Suicidality in Gay Men: Implications for Health Care Providers*. Am. J. Mens Health. 2017; 11(4): 910–919. Doi:10.1177/1557988316685492.
28. Bancroft J, Janssen E, Strong D, Vukadinovic Z. *The relation between mood and sexuality in gay men*. Arch. Sex. Behav. 2003; 32(3): 231–242. Doi: 10.1023/a:1023461500810.
29. Meyer IH. *Minority stress and mental health in gay men*. Journal of Health & Social Behaviour. 1995; 36(1): 38–49.
30. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. Psychological Bulletin. 2003; 129: 674–697. Doi:10.1037/0033-2909.129.5.674.
31. Pachankis JE, Clark KA, Burton CL, Hughto JMW, Bränström R, Keene DE. *Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health*. J. Pers. Soc. Psychol. 2020; 119(3): 713–740. Doi: 10.1037/pspp0000282.
32. Burton C, Clark KA, Pachankis JE. *Risk from within: Intraminority gay community stress and sexual risk-taking among sexual minority men*. Annals of Behavioral Medicine. 2020; 54(9): 703–712. Doi: 10.1093/abm/kaa014.
33. Gilbar O, Hyland P, Cloitre M, Dekel R. *ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors*. Journal of Anxiety Disorders. 2018; 54: 49–56. Doi: 10.1016/j.janxdis.2018.01.004.
34. World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. 2018. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 30.01.2021).
35. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. *Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis*. European Journal of Psychotraumatology. 2013; 15(4). Doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
36. Hyland P, Murphy J, Mark S, Vallières F, McElroy E, Elklit A i wsp. *Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2017; 52: 727–736. Doi: 10.1007/s00127-017-1350-8.
37. Zerach G, Shevlin M, Cloitre M, Solomon Z. *Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: a 24-year longitudinal study*. Eur. J. Psychotraumatol. 2019; 10(1). Doi: 10.1080/20008198.2019.1616488.
38. Dorahy MJ, Middleton W, Seager L, McGurrin P, Williams M, Chambers R. *Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative*

- disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups*. Journal of Affective Disorders. 2015; 172: 195–203.
39. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Cloitre M, Karatzias T. *The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences*. J. Trauma Dissociation. 2020; 21(1): 62–72.
 40. Cardeña EB, Carlson EB. *Acute stress disorder revisited*. Annual Review of Clinical Psychology. 2011; 7: 245–267.
 41. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. *Syndemics and the biosocial conception of health*. Lancet. 2017; 389(10072): 941–950. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X.
 42. Flores-Aranda J, Goyette M, Aubut V, Blanchette M, Pronovost F. *Let's talk about chemsex and pleasure: the missing link in chemsex services*. Drugs and Alcohol Today. 2019; 19(3): 189–196. Doi: 10.1108/DAT-10-2018-0045.
 43. Evans K. *The psychological roots of chemsex and how understanding the full picture can help us create meaningful support*. Drugs and Alcohol Today. 2019; 19(1): 36–41.
 44. Dowsett GW. *MSM (Men Who Have Sex with Men)*. W: *The International Encyclopedia of Anthropology*, Callan H (red). <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1375>.

Adres: Marta Dora

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Poradnia Seksuologiczna przy Klinice Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

31-034 Kraków, ul. Kopernika 21a

e-mail: mdora@su.krakow.pl

Otrzymano: 16.03.2021

Zrecenzowano: 18.06.2021

Otrzymano po poprawie: 22.06.2021

Przyjęto do druku: 11.07.2021