

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

за результатами дослідження 2017 року

«Chemsex і вживання наркотиків серед ЧСЧ в Києві: нові виклики»

Громадська організація «АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ»
у співпраці з Центром соціальних експертиз Інституту соціології
Національної академії наук України та за фінансової підтримки AFEW
International

Автори:
Олеся Трофименко
Володимир Косенко
Інна Шваб
Марія Шевчук
Наталія Дмитрук
Андрій Чернишев
Святослав Шеремет
Андрій Радецький

Київ, 2018

[Дисклеймер:]

Аналітичний звіт підготовлено в рамках дослідження «Chemsex і вживання наркотиків серед ЧСЧ в Києві: нові виклики», реалізованого громадською організацією «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ» у співпраці з Центром соціальних експертиз Інституту соціології Національної академії наук України за фінансової підтримки AFEW International та є частиною програми Зміцнення спроможності організацій в регіоні СЄЦА проводити дослідження за участю представників спільнот в рамках Проекту «AIDS2018», який фінансується Міністерством Закордонних Справ Нідерландів.

Експертне сприяння в підготовці звіту надано Експертною групою з питань здоров'я й прав геїв та інших ЧСЧ в Україні (ЕГЗП-Україна) в рамках програми технічної допомоги суб'єктам українського ЧСЧ-сервісу та ЛГБТ-руху, що виконується за підтримки Євразійської коаліції з чоловічого здоров'я (ЄКОМ) у рамках регіональної програми «Право на здоров'я» та адмініструються громадською організацією «Асоціація ЛГБТ «ЛІГА».

ЗМІСТ

ГЛОСАРІЙ НАЗВ, ТЕРМІНІВ ТА СКОРОЧЕНЬ.....	4
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	9
Розділ 1. Соціальний портрет ЧСЧ, що проживають в Києві чи передмісті та мають досвід хімсексу. Сексуальна орієнтація та ідентичність.....	12
Розділ 2. Особливості наркосцени та сучасні тенденції в хімсексі серед ЧСЧ міста Києва. Соціальні норми та міфи, пов'язані з хімсексом.	17
Розділ 3. Основні місця поширення хімсексу.....	21
Розділ 4. Основні види наркотичних засобів, психотропних речовин та/або окремих лікарських засобів, які використовуються під час хімсексу.....	23
4.1. Перший досвід вживання хімічних речовин серед ЧСЧ.....	23
4.2. Основні причини поточного вживання хімічних речовин.....	26
4.3. Тенденції у вживанні хімічних речовин.....	27
4.3.1. Марихуана.....	29
4.3.2. Амфетамін.....	30
4.3.3. Поперс.....	31
4.3.4. Екстазі.....	32
4.3.5. MDMA.....	33
4.3.6. ЛСД.....	35
4.3.7. Оксидутират (ГОМК).....	35
4.3.8. Інші хімічні речовини.....	36
Розділ 5. Сексуальне життя та сексуальна поведінка.....	38
5.1. Історія та стиль сексуального життя ЧСЧ.....	38
5.2. Вплив хімічних речовин на сексуальну поведінку. Поведінка ЧСЧ до, під час, після хімсексу.....	44
Розділ 6. Поширення ВІЛ, вірусних гепатитів та ПСШ. Обізнаність про ризики передачі ВІЛ та інших інфекцій.....	47
Розділ 7. Наслідки хімсексу.....	53
Розділ 8. Контроль над хімсексом та потреба в професійній допомозі.....	58
Загальні результати.....	63
Підтвердження/спростування гіпотез дослідження.....	66
РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН.....	66

ГЛОСАРІЙ НАЗВ, ТЕРМІНІВ ТА СКОРОЧЕНЬ

MDMA [абревіатура від **methylenedioxyamphetamine** або **МДМА** абревіатура від метилендіоксиметамфетамін], *хімічна назва* — 3,4-метилендіоксі-N-метамфетамін, — напівсинтетична психоактивна сполука амфетамінового ряду, що відноситься до групи фенілетиламінів, широко відома під назвою «екстезі», однак на практиці міститься в екстезі далеко не завжди. MDMA зазвичай вживають перорально, у вигляді таблеток або розчинів солей (гідрохлорид, наприклад, має високу біодоступність), рідше його вживають інгаляційно або вводять за допомогою ін'єкції.

Амфетамін (фенамін) (скорочення від **α**-метил**ф**енетиламін) — психоактивна речовина, стимулятор центральної нервової системи, є аналогом гормонів адреналіну та норадреналіну. Тривале застосування може призвести як до психічного виснаження, що часто проявляється у вигляді психозів, так і до фізичного, у вигляді слабкості та сильного схуднення. Крім того, можливе порушення роботи нирок, печінки, зниження імунної відповіді, погіршення зору. Поширеності речовини сприяє її відносно невисока вартість та доступність.

Безпечний секс — така форма сексуальної взаємодії, при якій в індивіда не відбувається контакту з біологічними речовинами партнера (партнерки) або такий контакт є незначущим з точки зору можливого передання при цьому якихось інфекцій.

Біоповедінкове дослідження — дослідження окремих аспектів епідемічного благополуччя певної соціальної групи (напр., поширеності ВІЛ) шляхом виявлення поведінкових особливостей людей із цієї групи (включаючи особливості сексуальної поведінки) в поєднанні з виявленням у них біологічних маркерів певних інфекцій (напр., антитіл до ВІЛ у крові чи слині) для встановлення зв'язків між поведінкою і епідемічними процесами.

Вибіркова сукупність — частина генеральної сукупності, яка виступає безпосереднім об'єктом спостереження (дослідження).

Віагра (силденафіл), левітра (варденафіл), сіаліс (тадалафіл) [на першому місці — торгова назва, в дужках — назва діючої речовини] — це три схожі лікарські засоби для забезпечення належної чоловічої потенції, механізм дії яких практично не відрізняються. Всі три засоби відносяться до групи інгібіторів фосфодіестерази п'ятого типу (ФДЕ5), які спричиняють покращення ерекtilьної функції у чоловіків. Різниця між зазначеними препаратами полягає, насамперед, у різній тривалості їхньої дії: від кількох годин у силденафілу, півдободи до доби у варденафілу — і до кількох діб у тадалафілу (через що сіаліс називають «таблеткою вихідного дня»). Побічні ефекти: головний біль, «припливи» крові до обличчя, запаморочення, диспепсія, закладеність носу, порушення зору (зміна кольору об'єктів — синього/зеленого), підвищення чутливості до світла, порушення чіткості зору).

ВІЛ (абревіатура від вірус імунодефіциту людини) — вірус родини ретровірусів, розмноження якого в організмі людини послаблює імунну систему, спричиняючи таким чином ВІЛ-інфекцію, та може призвести в разі відсутності належного лікування до СНІДу — синдрому набутого імунодефіциту людини.

Гей — чоловік із гомосексуальною орієнтацією та гомосексуальною ідентичністю, тобто особа чоловічого гендеру, сексуальність якої в частині романтичних почуттів, еротичного й сексуального потягу спрямована виключно чи майже виключно на інших осіб чоловічого гендеру і яка при цьому усвідомлює та визнає це.

Гендер — змодельована суспільством і підтримувана соціальними інститутами система цінностей, норм і характеристик чоловічої й жіночої поведінки, стилю життя та способу мислення, ролей та стосунків жінок і чоловіків, набутих ними як особистостями в процесі соціалізації¹. Переважно гендер співпадає з біологічною статтю (явище *цистгендерності*); іноді гендер особи відрізняється від її біологічної статі

¹ *Основи теорії гендеру : навчальний посібник* / Авт. колектив: Агєєва В. П., Близнюк В. В., Головащенко І. А. та ін. — Відповідальна редакторка Скорик М. М. — К.: К.І.С., 2004.

(*транспендерність*), а може й взагалі виходити за рамки бінарної системи «чоловік—жінка» (окремі випадки *інтергендерності*; відповідно, ті особи, яким властива інтергендерність, іменуються «гендерно небінарними»).

Гендерні стереотипи – стандартизовані, шаблонні уявлення про необхідні та прийнятні риси характеру та моделі поведінки людини залежно від біологічної статі, специфіку соціальних функцій чоловіків і жінок, «природні» розбіжності в характері та поведінці між особами чоловічої та жіночої статі. Гендерними стереотипами визначаються соціальні ролі чоловіка та жінки у традиціоналістському, патріархальному суспільстві.

Героїн (діацетилморфін, діаморфін) – сильнодіючий напівсинтетичний опіодний наркотик, похідна форма морфіну, знеболювальний засіб, який пригнічує центральну нервову систему. Білий (або з домішками — світлий сірувато-коричневий) порошок у вигляді дрібних кристаликів із неприємним запахом. Переважна частина людей, які живуть із наркозалежністю від опіодів, вживає саме героїн, це пов'язано з його вираженою наркотичною дією, відносно дешевою, але також фізичною та психічною залежністю, яка швидко розвивається.

ГІ (абрєвіатура від глибинні інтерв'ю) — різновид інтерв'ю, який належить до якісних методів соціологічних і маркетингових досліджень. Особливістю глибинних інтерв'ю є їхня тривалість, детальність, нестандартизованість, урахування невербальних сигналів — таких як інтонації, жести, пози, а також підвищена увага інтерв'юера до особистості респондента. Метою глибинного інтерв'ю є глибоке розкриття досліджуваного питання, з'ясування деталей, відкриття нового, а не лише оцінка вже відомих фактів чи отримання статистично значимої інформації.

Дарк-рум (з англ. **darkroom** - *темна кімната*) — слабо освітлене приміщення для анонімних, в тому числі і групових сексуальних контактів, а також для БДСМ-ігор.

Екстазі (екстезі) - це психостимулятор амфетамінового ряду, основу якого має складати MDMA (3,4-метилендіоксиметамфетамін), але насправді, як правило, містить лише невелику частку MDMA або не містить його зовсім. У Західній Європі екстазі є одним із найпопулярніших клубних наркотиків. У поєднанні з алкоголем екстазі надзвичайно небезпечний і може спричинити раптову смерть. Екстазі найчастіше поширюється у вигляді таблеток. З огляду на популярність і відомість назви «екстазі», це слово використовують на позначення інших форм наркотиків, а не лише таблетованої, наприклад, існує «рідке екстазі».

Ескапізм (від англ. *escape* — *втеча; втекти, врятуватись*) — утеча від дійсності, втрата відчуття реальності. У психології та психіатрії — важливий захисний механізм людської психіки, який полягає в бажанні ухилитися, втекти, сховатися від безрадісних матеріальних і психологічних аспектів реального життя в світі примарному, вигаданому. В ширшому тлумаченні - прагнення особистості поринути у світ ілюзій, фантазій, а також — світогляд, поведінка або стиль життя, коли взаємодія особи з реальним світом заміщається ілюзорними стосунками зі світом уявленим, який згодом така особа часто починає сприймати як справді реальний. Вживання певних наркотиків стимулює механізми ескапізму та призводить таким чином до поступової втрати зв'язків людини з реальністю, зниженням соціалізації, неспроможності виступати ефективною соціальною одиницею, будувати відносини з іншими людьми.

Захищений секс – така сексуальна взаємодія, при якій контактний проникаючий секс відбувається з використанням бар'єрних засобів, необхідних для кожного конкретного епізоду. В разі правильного та ефективного використання бар'єрних засобів захищений секс може розглядатися як форма безпечного сексу.

ЗМІ, абрєвіатура від засоби масової інформації - організаційно-технічні комплекси, які забезпечують передавання й масове тиражування словесної, образної й музичної інформації; за визначенням частини 2

статті 22 Закону України «Про інформацію», ЗМІ — це «засоби, призначені для публічного поширення друкованої або аудіовізуальної інформації» (норма чинна з 9 травня 2011 р.)².

Ін'єкційні наркотики – психоактивні речовини, вживання яких змінює стан свідомості, призводить до формування залежності та вільний обіг яких є забороненим або жорстко регламентованим, причому формою їх вживання є введення до організму за допомогою шприца із порушенням цілісності певних тканин (зокрема, шляхом проколювання шкіри, м'язів, стінки сосуду). Попри широкий ужиток, вираз «ін'єкційні наркотики» не є вдалим, оскільки деякі наркотики можуть вживатися як ін'єкційно, так і неін'єкційно, що унеможлиблює однозначне визначення певного наркотику як суто ін'єкційного. Коректніше вести мову про ін'єкційний спосіб вживання.

ПСШ, аббревіатура від інфекції, що передаються статевим шляхом — інфекції, об'єднані в одну категорію за принципом можливості інфікування під час і внаслідок сексуального контакту. До ПСШ належать: вагіноз бактеріальний, ВІЛ-інфекція, вірус папіломи людини, або ВПЛ (що спричиняє розвиток гостроконечних кондилом та аногенітальних бородавок), гарднерельоз, гепатити вірусні В, С і D, герпесвірусні інфекції (вірус Епштейна-Барр, герпес генітальний, цитомегаловірус), гонорея, донованоз (гранулема пахова), лімфогранулематоз венеричний, мікоплазмоз, сифіліс, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, шанкр м'який (шанкроїд).

Кетамін (кетаміну гідрохлорид) - NMDA-антагоніст, який використовується для внутрішньовенної та комбінованої анестезії, зокрема у ветеринарній практиці. Має сильні галюциногенні властивості. Кетамін — доволі широко розповсюджений у євроатлантичній клубній субкультурі. Один із небагатьох легальних наркотиків, який можна придбати у аптеці. Категорично протипоказаний особам із розладами вестибулярного апарату.

КІ, аббревіатура від ключові інформант(к)и – особи, які залучаються до дослідження як такі, що володіють доволі глибокими, всебічними знаннями про досліджуване питання на підставі особистого досвіду та/або особистого спілкування з достатньою кількістю осіб із досліджуваної групи. Зазвичай, інформація від ключових інформантів/ок здобувається дослідницьким суб'єктом за допомогою глибоких інтерв'ю.

Кокаїн - алкалоїд тропанового ряду, метиловий складний ефір бензоїлекгоніну, широко поширений у світі наркотик, проте доволі мало поширений в Україні в порівнянні, наприклад, із амфетаміном, через значно вищу вартість. Чинить місцеву анестезуючу дію та потужний стимулюючий вплив на центральну нервову систему людини, викликаючи почуття ейфорії. Внаслідок регулярного вживання кокаїну виникає психологічна залежність, з'являються негативні клінічні ефекти, що включають порушення сну, погіршення пам'яті, розлад уваги, надмірну стомлюваність, втрату ваги, аритмію, стенокардію, депресію, схильність до суїциду, нав'язливі ідеї, галюцинації; можливо також настання церебрального інсульту та інфаркту міокарда.

ЛВІН: люди, які/що вживають ін'єкційні наркотики.

ЛГБТ (аббревіатура від **лесбійки, геї, бісексуальні, трансгендерні люди**); у значенні прикметника — пов'язаний з ЛГБТ-спільнотою (пишеться з наступним дефісом: напр., *ЛГБТ-проблематика, ЛГБТ-організація* тощо).

ЛГБТ-рух – громадсько-політична, інформаційна, культурна, бізнесова та інша діяльність в інтересах і на користь ЛГБТ-спільноти, спрямована на досягнення громадянської рівноправності та соціального комфорту для ЛГБТ.

ЛЖВ (аббревіатура від **люди, що/які живуть із ВІЛ**) - соціальна сукупність (спільнота) людей, яким офіційно встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція».

ЛСД (транслітерація німецькомовної абверіатури LSD — скорочення від *Lysergsäure-diethylamid* — діетиламід лізергінової кислоти) — «еталонний» галюциноген психоделічного типу. Його незвичайні

² Публікація документа в офіційній інформаційно-пошуковій системі «Законодавство України»: goo.gl/RTIXSn.

психологічні ефекти, які включають появу малюнків при закритті очей, викривлене відчуття часу, геометричні фігури, що повільно рухаються, зробили його одним із найвідоміших галюциногенів. Існує у формах прозорого розчину, порошку і у вигляді різноколірних «марок», які нагадують поштові (їхня основа просякнута розчином наркотику; вживають такі «марки» шляхом розсмоктування під язиком).

Марихуана (ісп. *marijuana*, *mariguana*, *mariguana*) - психоактивний (наркотичний) засіб, що виготовляється шляхом подрібнення засушеної наземної частини (листя та квіток) трав'янистої рослини, яка має українську назву «коноплі посівні», а латинською іменується *cannabis sativa* (звідси — ще одна побутова назва-калька марихуани — «канабіс»). Вплив на організм людини пов'язаний з психоактивними речовинами (канабіноїдами), які містяться в коноплях, найдієвіша з яких - дельта-9-тетрагідроканабінол.

Медіанний вік (населення, соціальної групи) – вік, який поділяє групу на дві рівні за чисельністю частини: перша половина людей є молодшими медіанного віку, друга половина – старшими за медіанний вік.

Метамфетамін (англ. *methamphetamine*) — похідна амфетаміну, біла кристалічна речовина. Після вживання відчувається прилив сил, ейфорія, нескінченний потік думок, що швидко змінюються, суттєво пригнічується апетит. При тривалому вживанні викликає відчуття нескінченної втоми, депресію, слабкі форми параної, особливо у разі внутрішньовенного введення кустарно виготовленого з ефедрину препарату. Викликає сильну психічну, але не фізичну залежність, натомість раптове припинення регулярного вживання метамфетаміну спричиняє «симптом відміни» та може призводити до відновлення наркоспоживання.

Мефедрон (жаргонні назви - "мяу-мяу", «меф», «магія», #mmcat), також відомий як 4-метилметкатінон (4-ММС) або 4-метілефедрон - хімічна сполука класу заміщених амфетамінів і катинону, психостимулятор і емпатоген, який викликає ейфорію. Ця речовина вважається одним із найнебезпечніших сучасних наркотиків, його застосовують як альтернативу екстазі, кокаїну і метамфетаміну. «Меф» український популярний серед молоді через його доступність, поширюється у вигляді порошку, кристалів або в складі таблеток і капсул. Мефедрон приймають перорально, вживають внутрішньовенно, інтраназально, а іноді й ректально.

НУО - неурядова організація (синонім: НДО – недержавна організація) — формалізоване об'єднання людей, яке створене з їхньої власної ініціативи та діє в легальному полі, або будь-яка організація, яка легально заснована та існує поза системою державних органів, органів місцевого самоврядування та їхніх інституцій. До НДО в Україні належать громадські організації (як зі статусом юридичної особи, так і без такого статусу), благодійні організації, професійні спілки, релігійні організації, підприємницькі товариства, частина редакцій засобів масової інформації тощо. Якщо НДО створюються для діяльності, не спрямованої на отримання прибутку, вони іменуються також НКО — некомерційними організаціями.

Небезпечний секс – категорія сексуальних практик, при яких в індивіда відбувається потенційно ризикований для здоров'я контакт із біологічними речовинами партнера (партнерки), напр., має місце сім'явиверження до ректума, вагіни або рота. Формою небезпечного сексу є *bareback* — аногенітальний секс без презерватива.

Неін'єкційний наркотик – психоактивна речовина, вживання якої змінює стан свідомості, призводить до формування залежності та вільний обіг якої є забороненим або жорстко регламентованим, причому формою її вживання є введення до організму без порушення його цілісності: напр., перорально (шляхом ковтання), інтраназально (шляхом вдихання носом), сублінгвально (шляхом розсмоктування під язиком), ректально (шляхом нетравматичного введення через задній прохід до прямої кишки — ректума) тощо, а також шляхом куріння.

Оксибутират (лат. *natrium oxybutyricum* - натрію оксибутират, натрієва сіль γ -оксимасляної кислоти, ГОМК, на жаргоні — «бут») - фармакологічний засіб-депресант, який застосовується в неврології (зокрема, як снодійне), а також анестезіології, офтальмології та спортивній медицині (зокрема як стимулятор вироблення організмом гормону росту). У помірних дозах чинить розслаблюючий ефект, при збільшенні дози його вплив відчувається як стан сп'яніння, в іще більшій дозі оксибутират спричиняє

засинання. Поряд із оксибутиратом натрію з рекреаційною метою вживається також оксибутират калію. Оксибутират категорично несумісний з алкоголем, відомі летальні випадки від вживання цього наркотику на тлі поєднання з алкоголем або іншими депресантами.

Опіати – природні алкалоїди опійного маку, що чинять вплив на опіатні рецептори ЦНС. До опіатів належать як природні алкалоїди опіуму (наприклад, морфін, кодеїн, тебаїї, наркотин), так і їх напівсинтетичні похідні, такі як героїн (діацетилморфін), дигідрокодеїн, дезоморфін). Психологічна і фізична залежність від опіатних наркотиків розвивається протягом двох тижнів після початку їх вживання.

Поперс - хімічна речовина у формі летючої рідини із класу нітритів, яка вживається з рекреаційною метою шляхом вдихання її парів через ніс. Виготовляється у таких варіаціях, як амілнітрит, бутилнітрит, ізобутилнітрит, Широкомасштабними епідеміологічними дослідженнями³ доведено, що використання поперсу збільшує прихильність до небезпечних і травматичних видів сексуальної активності (жорсткого анального сексу, фістингу тощо) та опосередковано підвищує ризик інфікування ВІЛ та іншими ППСШ унаслідок втрати пильності та обережності.

Псилоцибін — алкалоїд, фосфорний ефір, похідний від речовини псилоцин із сімейства триптамінів (C₁₂H₁₇N₂O₄P). У природі зустрічається у деяких грибах таких родів як псилоцибе (лат. Psilocybe), панеолус (лат. Panaeolus), строфарія (лат. Stropharia), гімнопіл (рос. огнёвка, лат. Gymnopilus), плютка (рос. волоконница, лат. Inocybe) тощо. У деяких країнах речовину синтезують для медичного використання. Псилоцибін — психоактивна речовина, її вплив на організм схожий на дію ЛСД. Може викликати глибокі зміни психіки та галюцинації, відчуття викривлення простору та часу, спричиняти зміну сприйняття кольорів та звуків тощо.

Седативні засоби (лат. *sedation* — заспокоєння) — лікарські засоби, що діють заспокійливо на центральну нервову систему, істотно не впливаючи на звичайні функції. До седативних речовин відносяться алкоголь, так звані малі транквілізатори (зокрема, барбітурати), препарати валеріани, собачої кропиви (рос. — пустырник), страстоцвіту (вона ж — пасифлора), а також нейролептики (від грец. *нейрон* — нерв і *лептон* — легкий), які призначають особам із відповідними психічними чи психіатричними розладами для подолання патологічних відчуттів страху, тривоги, напруги, усунення галюцинацій, хворобливого марення, але також посилюють дію наркотичних, снодійних і знеболювальних препаратів.

Секс із проникненням – категорія сексуальних практик, при яких відбувається проникнення в організм (до піхви, рота, ануса) органу чи частини тіла (пеніса, палець/пальців руки, руки/кулака, палець/пальців ноги) або секс-іграшки чи іншого предмету. Залежно від предмету проникнення секс із проникненням може бути *контактним* (коли проникнення здійснюється за допомогою органу чи частини тіла) або *безконтактним* (коли проникнення відбувається з використанням секс-іграшок чи іншого предмету). У сексуальному контакті з проникненням одна сторона виконує інсертивну роль (роль суб'єкта, який щось вводить), інша — рецептивну роль (роль об'єкта, якому щось вводять).

Секс-працівник / секс-працівниця — особа, що надає сексуальні послуги за матеріальну винагороду, насамперед — за гроші.

Сексизм – сприйняття людей через призму статево-рольових стереотипів, коли за представниками/представницями певної статі закріплюється провідне чи, навпаки, підпорядковане становище, та демонстрація такого сприйняття через лексику, поведінку та інші форми зовнішнього прояву; ідеологія та практика дискримінації людей за ознакою статі.

Сексуальна ідентичність – усвідомлення та сприйняття людиною самої себе як такої, якій властива певна сексуальна орієнтація — гетеросексуальна, бісексуальна чи гомосексуальна.

Сексуальна орієнтація – одна з природних властивостей людської особистості, яка полягає у спрямованості її еротичного (чуттєвого) потягу та сексуальних потреб на інших людей виключно або

³ Romanelli F, Smith KM, Thornton, AC & Pomeroy C (2004) «Poppers: epidemiology and clinical management of inhaled nitrite abuse», Pharmacotherapy 2004 Jan; Vol. 24 (1), pp. 69-78

майже виключно протилежного гендеру (гетеросексуальність), виключно або майже виключно власного гендеру (гомосексуальність) або людей обох гендерів (бісексуальність).

Середній вік (населення, соціальної групи) – середня арифметична величина, зважена через ділення загального числа людино-років (сума добутків значень віку, збільшеного на 0,5, на кількість людей відповідного віку з досліджуваної групи) на загальну чисельність групи (населення).

Спайс (англ. Spice, інші назви «ладан», «синтетична марихуана») — загальна назва для різних продуктів з трав'яних сумішей для куріння, до складу яких входять синтетичні канабіноїди з додаванням (або без такого додавання) до складу продукту легальних психотропних трав, інших синтезованих хімічних речовин. Виготовляються шляхом нанесенням синтетичних канабіноїдів на будь-яку суху траву (наприклад, оприскуванням, замочуванням). Спайси належать до категорії так званих дизайнерських наркотиків, оскільки комбінування різних складових спайсу для досягнення потрібної палітри відчуттів від його вживання уподібнюється дизайну в будь-яких інших галузях. Деякі брендові назви спайсів: EMCDDA 2009: Spice Silver, Spice Gold, Spice Diamond, AM-HI-CO, Dream, Zoom, Ex-ses, Yucatán Fire.

Стигма – спрощена, стереотипна, узагальнена, некритична та, зазвичай, засвоєна з-зовні думка про ту чи іншу суспільну групу чи окремих людей з цієї групи; сприйняття особи крізь призму упереджених уявлень (стереотипів) про соціальну групу, до якої ця людина дійсно, згодом чи уявно належить.

Стигматизація – процес застосування стигми, тобто соціальне маркування людей, наліплювання ярликів: перенесення дійсних чи уявних якостей, притаманних певній групі (соціально негативних рис, характеристик, що сприймаються як принизливі), на окремих людей, які дійсно, згодом чи уявно належать до цієї групи, що може мати наслідком їх соціальне знецінення (відчуження).

Хімічний секс, або хімсекс (англ. – *chemsex*), - це секс під дією наркотичних та інших речовин (препаратів), що змінюють свідомість (крім алкоголю).

ЧСЧ (чоловіки, які/що практикують секс із чоловіками) — поведінкова група, що складається з осіб чоловічого гендеру (переважно це цисгендерні особи чоловічої статі), які вступають у сексуальні контакти з іншими особами чоловічого гендеру (переважно це також цисгендерні особи чоловічої статі). ЧСЧ становлять в Україні одну з «груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» (за міжнародною термінологією — одну з ключових, або основних, груп у галузі епідемічного благополуччя у зв'язку з ВІЛ).

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вступ.

Чоловіки, які мають секс з чоловіками, згідно з даними біоповеденчеських досліджень, які проводяться в Україні кожні два роки за підтримки МБФ "Альянс громадського здоров'я", є групою, де поширеність ВІЛ-інфекції продовжує зростати⁴. Так, у Києві на кінець 2015 — початок 2016 року поширеність ВІЛ серед ЧСЧ склала 15 %.

За спостереженнями соціальних працівників ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ», які проводять аутрич-роботу через мобільні додатки гей-знайомств, на інтернет-сайтах, де публікуються оголошення ЧСЧ, які шукають секс, у гей-клубах і саунах Києва, — за останні роки значно збільшилася кількість ЧСЧ, які вживають різні хімічні речовини неін'єкційним шляхом (амфетаміни, екстазі, ЛСД, оксибутират тощо), внаслідок чого можна припустити, що їхня сексуальна поведінка стає більш ризикованою і значно зростає можливість інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами, іншими ПСШ, причому як у напрямку «отримання» інфекції, так і в напрямку передання інфекції від тих, хто її вже має. Щоб оцінити наркосцену, ризику від

⁴ З результатами біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ (кінець 2015-початок 2016р.) можна ознайомитись тут: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2017/06/Analitichnuy_zvit_Nacionalna-chastyna_28.06.2017_com.pdf, а також тут: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/01/Analitichnuy_zvit_Regionalna-chastuna-28.06.2017_com.pdf

вживання хімічних речовин та можливі негативні наслідки сексу під їхнім впливом у контексті поширення ВІЛ, вірусних гепатитів та інших ППСШ, ми провели це дослідження, ставлячи за мету вироблення за його підсумками рекомендацій для більш ефективної профілактики ВІЛ-інфекції, зменшення шкоди від вживання наркотичних та інших споріднених засобів та планування специфічних послуг для підгрупи ЧСЧ, які практикують секс під впливом хімічних речовин.

Мета дослідження — вивчити, яким чином вживання наркотичних засобів, психотропних речовин та/або окремих лікарських засобів впливає на сексуальну поведінку та психічне здоров'я ЧСЧ, і як можна мінімізувати ризики передання при цьому інфекцій, насамперед — ВІЛ.

Завдання:

- дослідити поведінку ЧСЧ віком від 18 років, що проживають у Києві або передмісті, вживають наркотичні засоби, психотропні речовини та/або окремі лікарські засоби (далі за текстом – хімічні речовини) і які можуть мати досвід хімсексу;
- на підставі отриманих даних напрацювати рекомендації щодо зменшення шкоди від вживання хімічних речовин чоловіками, що практикують секс із чоловіками, та зниження ризиків передання інфекцій, насамперед ВІЛ, внаслідок хімсексу серед ЧСЧ.

Заходи в межах дослідження:

- ✓ розробка Протоколу, інструментарію дослідження;
- ✓ розробка скринінгових форм для ключових інформантів та ЧСЧ, що братимуть участь у глибинних інтерв'ю та опитуванні;
- ✓ розробка інструкцій для інтерв'юерів;
- ✓ організація та проведення тренінгу для інтерв'юерів;
- ✓ польовий етап дослідження (збір даних серед респондентів);
- ✓ обробка отриманої інформації, статистичний аналіз даних;
- ✓ підготовка технічного звіту за результатами дослідження;
- ✓ написання аналітичного звіту з оглядом отриманих результатів, висновками та рекомендаціями.

Цільовими групами дослідження є:

- ✓ 5 ключових інформантів (КІ) для участі в глибинних інтерв'ю (ГІ);
- ✓ 10 ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, з потенційним досвідом хімсексу для участі в ГІ;
- ✓ 100 ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, з потенційним досвідом хімсексу, для участі в усному опитуванні «віч-на-віч».

Критерії включення в дослідження.

ЧСЧ:

- Вік: щонайменше 18 повних років;
- Проживання в Києві або передмісті;
- Вживання хімічних речовин не рідше 1-го разу на півроку;
- Наявність сексуальних контактів із чоловіками протягом останніх 6 місяців.

Ключові інформанти:

Особи, що володіють знаннями з приводу хімсексу чи власним досвідом хімсексу і мають широку мережу соціальних контактів серед ЧСЧ (лікарі які працюють із ЧСЧ; власники спеціалізованих закладів, де можуть організовуватися секс-вечірки; лідери гей-спільноти; соціальні працівники, що надають послуги ЧСЧ, у тому числі з досвідом хімсексу, тощо).

Методи дослідження.

- ✓ глибинні інтерв'ю;
- ✓ індивідуальні інтерв'ю методом «віч-на-віч».

Рекрутинг респондентів.

Рекрутинг респондентів здійснювався за допомогою двох інтерв'юерів і працівників ГО "АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ", які мають великий досвід спілкування з ЧСЧ і їх і консультування за принципом «рівний-рівному», мали/мають досвід вживання хімічних речовин і особисто знають тих ЧСЧ, які вживають хімічні речовини.

Рекрутинг відбувався через Інтернет (на спеціалізованих сайтах знайомств Qguys, Bluesystem, Gay Romeo; у соціальних мережах ВКонтакте та Фейсбук; через мобільні додатки для ЧСЧ Hornet, Grindr), а також через мережу особистих знайомств інтерв'юерів і співробітників організації "АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ".

Всі представники спільноти, які були залучені до виконання дослідження від ГО «АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ», брали безпосередню участь в розробці Протоколу і інструментарію дослідження шляхом участі у зустрічах з усією дослідницькою командою, а також узгодження деталей в онлайн-режимі.

Гіпотези дослідження.

Гіпотеза 1:

ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, практикують секс без презерватива.

Гіпотеза 2:

Під впливом хімічних речовин втрачається самоконтроль, а отже, значно збільшується ризик інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами, іншими ІПСШ.

Гіпотеза 3:

Регулярне вживання неін'єкційних наркотичних засобів, психотропних речовин та/або окремих лікарських засобів часто призводить до переходу на ін'єкційні наркотичні засоби.

Гіпотеза 4:

У ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, можуть виникати чи поглиблюватися депресивні стани, психічні розлади, суїцидальні настрої, а також зростає ризик зазнати сексуального насилля.

Етичні норми дослідження.

У розробці протоколу та інструментарію дослідження, розробці і відстеженні дотримання етичних норм брала безпосередню участь робоча група з працівників та консультантів ГО «АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ», в обов'язки яких входив контакт із потенційними респондентами та їх рекрутинг, і працівників Центру соціальних експертиз Інституту соціології Національної академії наук України (далі по тексту - Центру соціальних експертиз), залучених до дослідження.

Виконавці дослідження, зокрема особи, які були залучені для обробки інформації, пройшли інструктаж з гарантування конфіденційності тих відомостей, які стали їм відомі внаслідок залучення до дослідження.

До того, як учасники починали відповідати на запитання анкети, їх просили усно підтвердити свою згоду на участь в ньому. Згода респондента підтверджувалася підписом інтерв'юера на формі інформованої згоди.

Всім респондентам надавалися роз'яснення з усіх питань, які у них виникали. Потенційні респонденти були також проінформовані про те, що участь у дослідженні є повністю добровільною і що вони в будь-який час можуть припинити свою участь.

Усі респонденти отримали роз'яснення, що їхня участь у дослідженні є анонімною, а будь-яка інформація, яку вони нададуть під час дослідження, буде використовуватися у знеособленому вигляді (наприклад, не поширюватимуться відомості, за якими можна ідентифікувати конкретного учасника).

Вся інформація, отримана в ході дослідження (паперові анкети, посвідчені форми інформованої згоди, скринінгові анкети, транскрипти ГІ) зберігалася в приміщенні Центру соціальних експертиз до моменту завершення дослідження. Аудіозаписи глибинних інтерв'ю після переведення у текстовий формат, — знищені. Після фіналізації аналітичного звіту, всі первинні документи також були знищені.

ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ» може розглядатися як сторона, яка зацікавлена в отриманні даних про вплив хімсексу на епідситуацію стосовно ВІЛ, ПСШ та вірусних гепатитів серед ЧСЧ та на їх психічне здоров'я з огляду на перспективи впровадження специфічних медико-соціальних послуг для цієї підгрупи ЧСЧ та зменшення шкоди.

Розділ 1. Соціальний портрет ЧСЧ, що проживають в Києві чи передмісті та мають досвід хімсексу. Сексуальна орієнтація та ідентичність.

Соціально-демографічні характеристики відображають соціальний портрет цільової групи ЧСЧ, серед якої проводилося дослідження, та дають загальне розуміння того, наскільки кожна із притаманних їй ознак відрізняється від характеристик пересічного українця. Для того, щоби краще розуміти контекст зібраних даних, в анкеті дослідження була низка запитань, які давали змогу побачити ключові соціально-демографічні характеристики опитаних ЧСЧ, що проживають у Києві чи передмісті та мають досвід хімсексу.

Так, віковий розкид респондентів становить 18–47 років (мінімальне значення — 18 років — задане дослідниками). Медіанний вік опитаних — 27 років, середній — 30 років. Ці дані корелюють із віковими характеристиками респондентів біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ 2015–16 років⁴.

Згідно з отриманими даними, половину респондентів (51%, n=100) становлять чоловіки із закінченою вищою освітою, тобто ступенем спеціаліста або магістра, іще п'яту частину (20%) — ті, що здобули ступінь бакалавра, 2% мають науковий ступінь. Близько чверті опитаних (23%) мають закінчену середню або спеціальну освіту (див. рис. 1.1), не маючи при цьому вищої освіти. Отже, загальний освітній рівень вибірки є досить високим, оскільки, згідно з результатами репрезентативного загальнонаціонального моніторингового дослідження Інституту соціології НАНУ за 2017 рік (далі — *загальнонаціональне дослідження загального населення*)⁵, чоловіки віком понад 18 років мають освітньо-кваліфікаційний рівень бакалавра, спеціаліста, магістра або науковий ступінь лише у 56% випадків. Втім, якщо порівнювати освітній рівень вибірки цього дослідження та підвибірки біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ в Києві віком від 18 років і більше, різниця буде вже менш істотною — 73% та 71% відповідно.



Рисунок 1.1. Освітній рівень респондентів, n=100

⁵ З результатами даного дослідження можна ознайомитись в аналітичних матеріалах Інституту соціології Національної академії наук України и «Українське суспільство. Соціологічний моніторинг 2017»

Щодо такої характеристики, як юридичний сімейний (шлюбний) стан, то тут переважає частка тих, хто ніколи не перебував у шлюбі — таких у вибірці 88% (n=100) (див. рис. 1.2). Деяко подібними є й результати біоповедінкового дослідження — там ця частка складає 83%. Натомість у випадку загальнонаціонального дослідження загального населення ніколи не були одруженими лише 22% київських чоловіків віком понад 18 років. Менше 10% респондентів вибірки мають інший сімейний статус: зокрема 3% перебувають у зареєстрованому шлюбі, 6% — розлучені, а 1 респондент повідомив, що він є вдівцем.

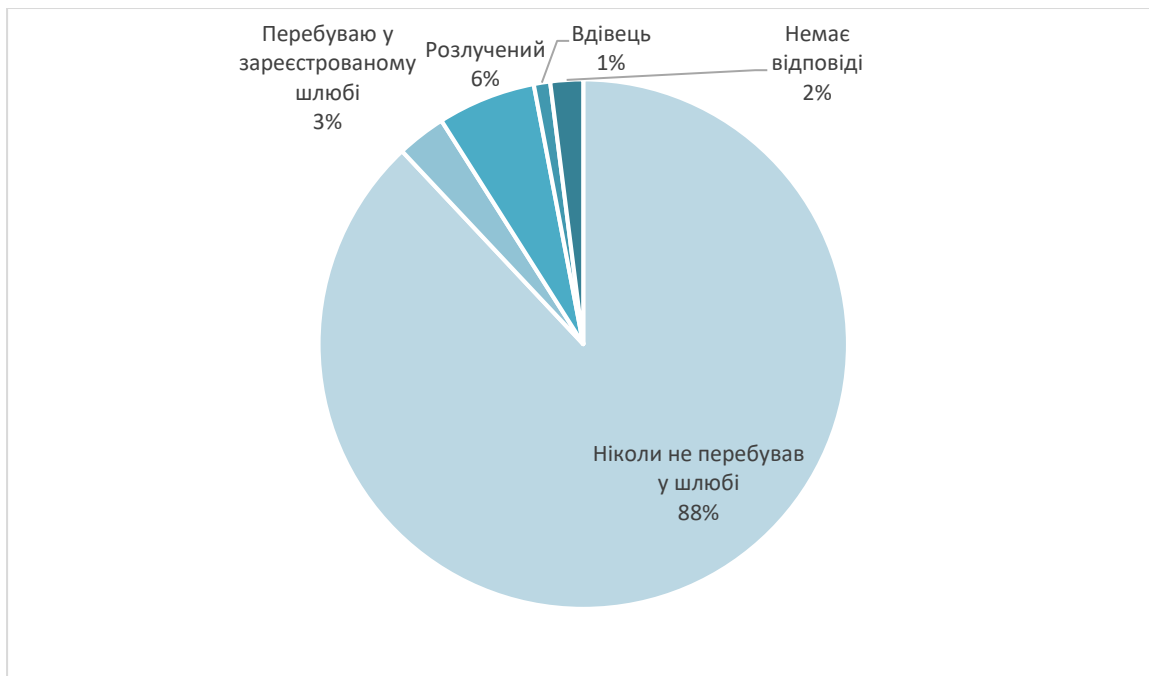


Рисунок 1.2. Розподіл респондентів за юридичним сімейним станом, n=100

Що ж стосується фактичного сімейного стану, а саме спільного проживання та ведення домашнього господарства, тут розподіл є таким: трохи більше половини респондентів (54%, n=100) живуть одні або зі співмешканцями, які не є їхніми родичами чи партнерами, ще чверть (24%) — в партнерстві з чоловіком; разом із батьками або іншими родичами проживають 19% опитаних, а з партнеркою — 3% (див. рис. 1.3). Це дає змогу зробити припущення, що в респондентів більше можливостей для хімсексу, аніж у біоповедінкової вибірки, частка самостійного проживання серед яких склала 50%, а в партнерстві з чоловіком — 18%. З іншого боку, ця ситуація може мати й протилежний причинно-наслідковий зв'язок, а саме: *чоловіки, що практикують хімсекс, можуть змінювати свій фактичний сімейний стан та умови проживання з огляду на потребу займатися хімсексом*. Ці гіпотези, однак, потребують подальшого вивчення.

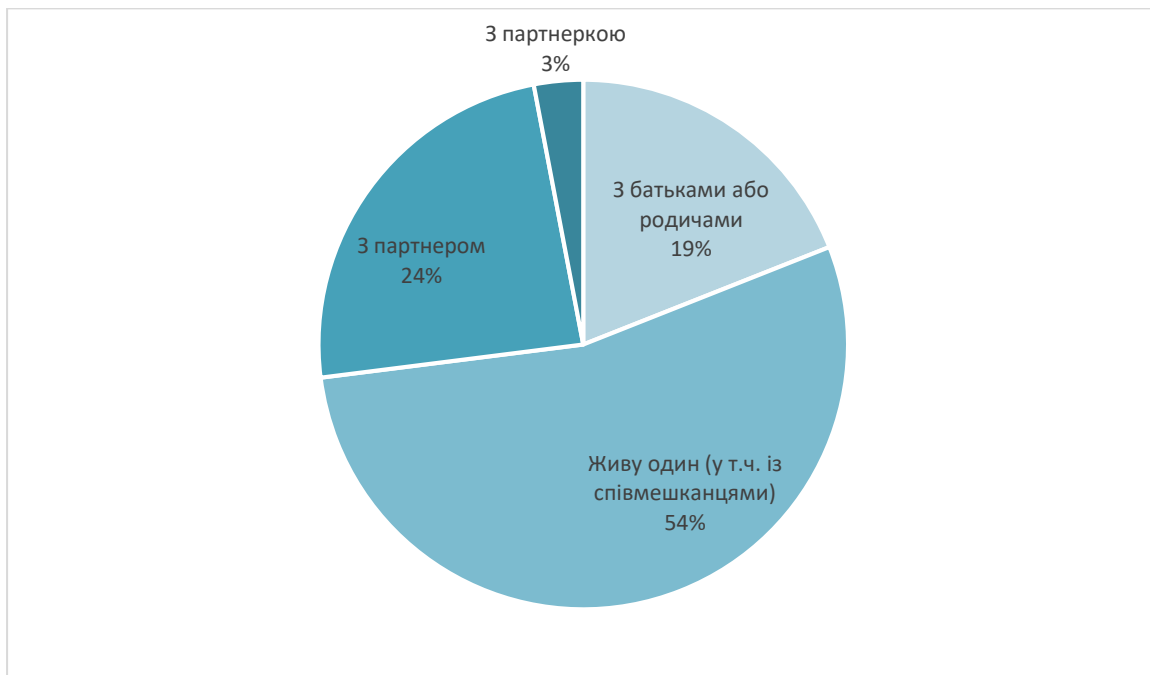


Рисунок 1.3. Розподіл респондентів за фактичним сімейним станом, n=100

Для того, щоби зрозуміти, які можливості респонденти мають для придбання хімічних речовин, досліджувалося також їхнє матеріальне становище та наявність у них постійної роботи. Так, понад дві треті респондентів (69%, n=100) мають постійну оплачувану роботу, ще 17% — тимчасову; 8% опитаних зазначили, що вони поки що навчаються, а про відсутність у них роботи повідомили 6% (див. рис. 1.4.). При цьому середньомісячний дохід вибірки становить 13 898 гривень, що дещо перевищує середньомісячний дохід, який спостерігаємо у вибірці біоповедінкового дослідження серед чоловіків, що проживають у Києві, віком понад 18 років (12 015 гривень), та значно перевищує той самий показник у вибірці загальнонаціонального дослідження (3 338 гривень).

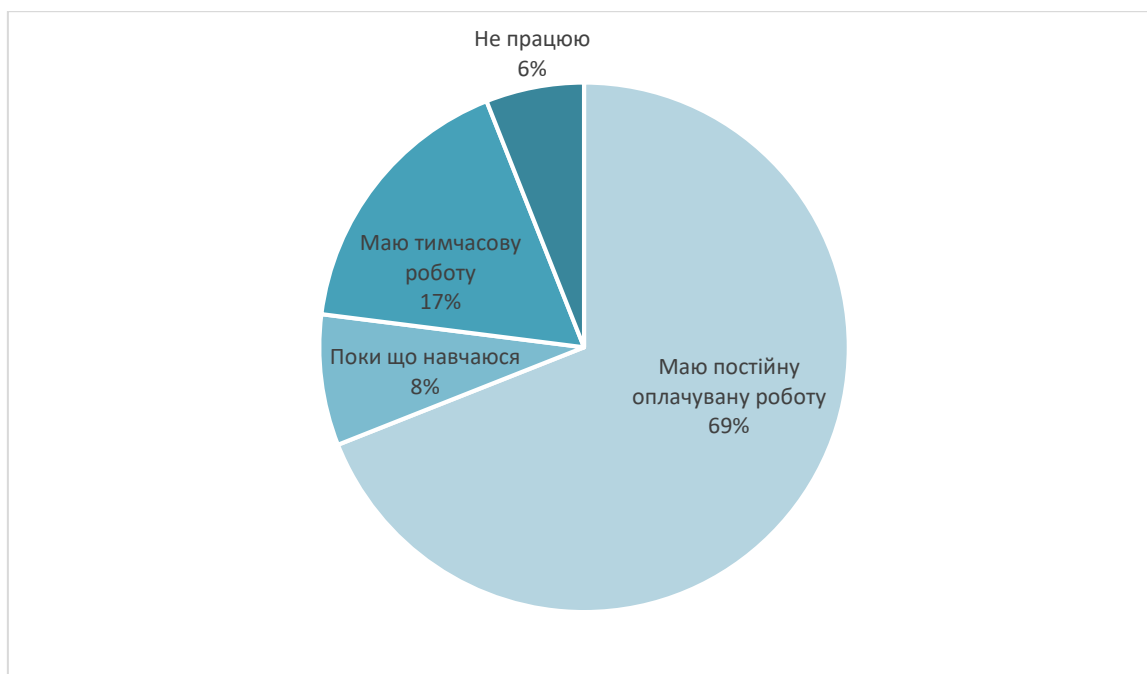


Рисунок 1.4. Розподіл респондентів за наявністю у них роботи, n=100

Дещо вищою у порівнянні з біоповедінковим дослідженням є і оцінка респондентами свого матеріального стану, оскільки 37% (n=100) опитаних повідомили про те, що вони в змозі робити заощадження, а ще 7% зазначили, що живуть у повному достатку (див. рис. 1.5), тоді як у біоповедінковому дослідженні спостерігаємо 30% та 5% відповідно.

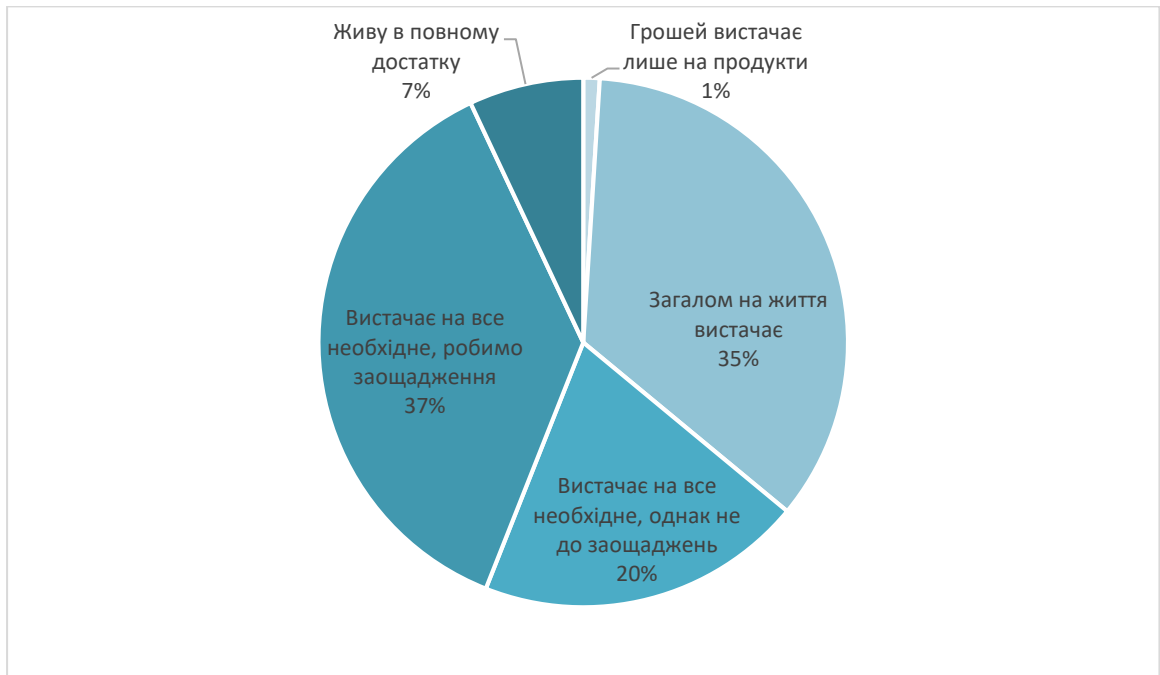


Рисунок 1.5. Розподіл респондентів за суб'єктивною оцінкою їхнього матеріального стану, n=100

Анкета також містила запитання, спрямовані на вивчення сексуальної орієнтації та ідентичності респондентів. Так, згідно з отриманими даними, три чверті опитаних (77%, n=100) приваблюють винятково чоловіки, ще 15% — більшою мірою чоловіки, ніж жінки. Те, що їх цікавлять рівною мірою чоловіки та жінки, зазначили 5% респондентів, а переважно жінки, однак інколи й чоловіки — 3% (див. рис. 1.6).

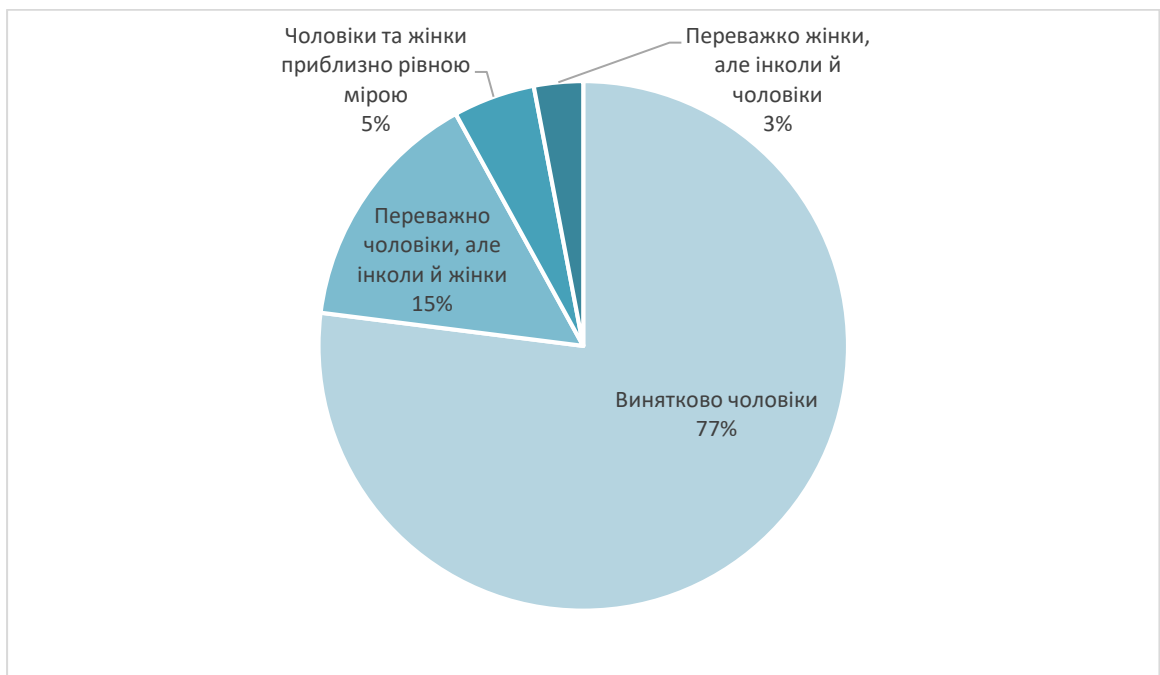


Рисунок 1.6. Розподіл респондентів за сексуальною орієнтацією, n=100

Знову ж таки, три чверті респондентів (78%, n=100) ідентифікують себе як гомосексуали, п'ята частина (20%) — як бісексуали, і лише 2% — як гетеросексуали (див. рис. 1.7).

Порівнюючи показники сексуальної орієнтації та ідентичності у вибірці нашого дослідження з вибіркою біоповедінкового дослідження, цілком очікувано бачимо дещо нижчі показники у другому випадку, де відсоток респондентів із гомосексуальною орієнтацією складає 60%, а тих, що ідентифікують себе як гомосексуали, — 66%. Відповідно, можемо припустити, що хімсекс більшою мірою

розповсюджений серед гомосексуальних чоловіків, які ідентифікують себе як гомосексуали, аніж серед бісексуальних чоловіків.

Про це свідчать і відповіді учасників глибинних інтерв'ю. Так, лише один інформатор із десяти ідентифікував себе як бісексуал.

- *«Я не считаю себя геем. Я считаю себя бисексуалом».*

Інші називали себе гомосексуалами, геями тощо:

- *«Я достаточно давно осознал, что я гомосексуал».*
- *«Гей. Гомосексуален на 95%, но я себя идентифицирую как гей».*

Крім того, гайд інтерв'ю також містив запитання щодо розуміння термінів «гей» та «гомосексуал». Отримані відповіді були такими:

- *«Очередной ярлычек. Мужчина, который имеет секс только с мужчинами».*
- *«Меня привлекает собственный пол во всех аспектах, начиная с того, что мне нравится ход мышления мужчин больше, чем женский подход, и заканчивая эстетикой тела».*
- *«Для меня это мужчина, который не сомневается в своей мужественности. Он мужчина. Он как родился мальчиком — так он и есть мальчик. Но как-то так получилось, что его привлекают другие мальчики, тоже цисгендерные. В моем случае это так достаточно жестко. У меня все достаточно просто — никаких опций нет. Я мальчик, и я люблю мальчиков».*

Що ж стосується учасника, який ідентифікував себе як бісексуал, то він висловився стосовно своєї сексуальної орієнтації та ідентифікації таким чином:

- *«Меня тянет и к одному полу, и к другому. Я чувствую себя комфортно и с девушками. Более даже комфортно. Меня так и бабушка, и дедушка учили. В голове так с детства и осталось».*

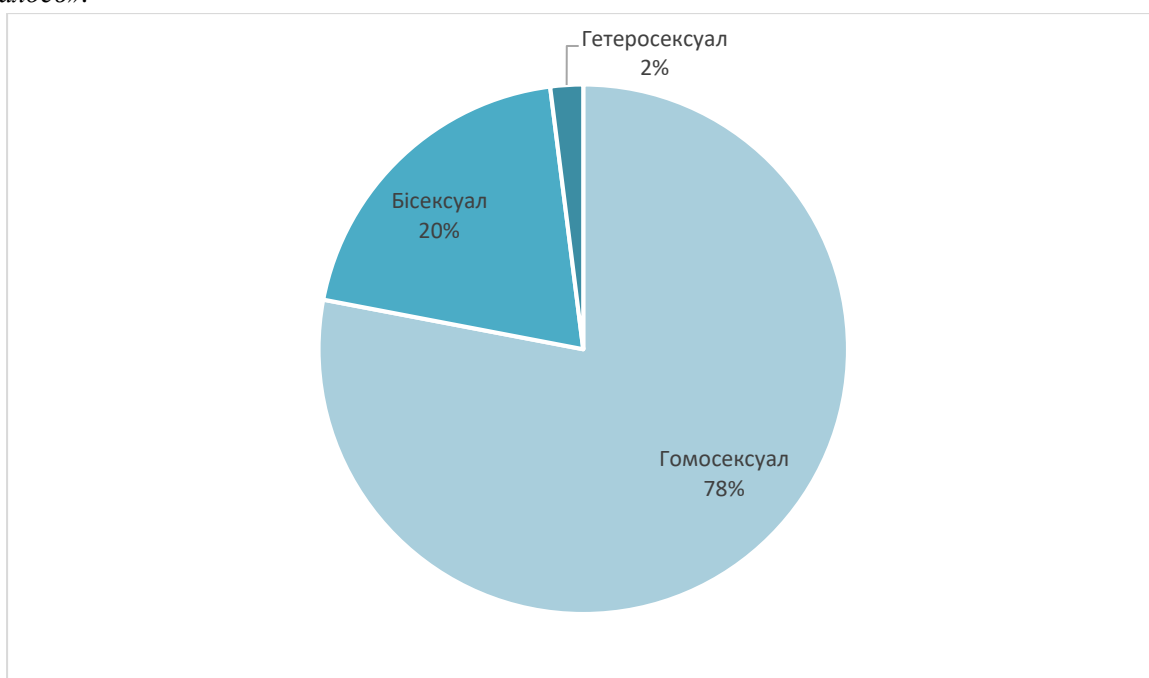


Рисунок 1.7. Розподіл респондентів за сексуальною ідентичністю, n=100

19% респондентів (n=100) приховують свої сексуальні контакти з чоловіками від усіх, інші 19% — не приховують і готові говорити про них будь-де, однак більшість (61%) не приховує, але й не готова заговорювати про це першими (див. рис. 1.8).

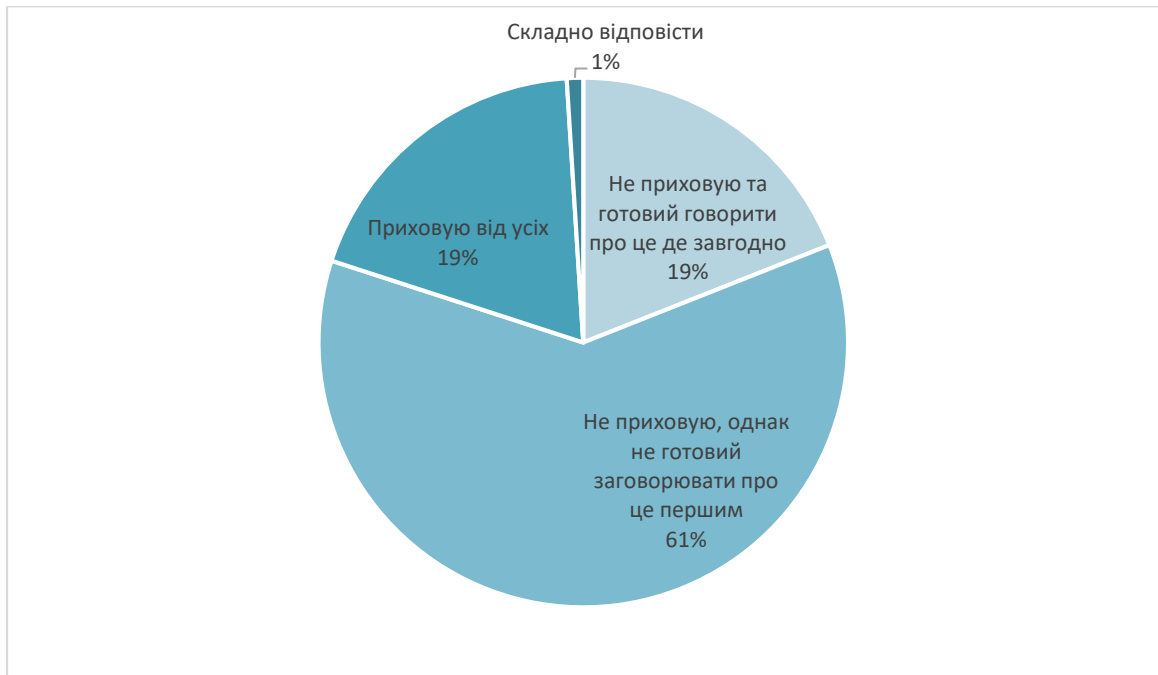


Рисунок 1.8. Розподіл респондентів за відкритістю щодо їхніх сексуальних контактів з чоловіками, n=100

Результати й висновки розділу:

- середній вік вибірки становить 30 років;
- три чверті вибірки (73%) мають вищу освіту (закінчену або незакінчену) та/або науковий ступінь;
- лише десята частина опитаних (10%) мали досвід гетеросексуального шлюбу;
- половина респондентів (54%) проживає самостійно або зі співмешканцями, а чверть (24%) живе у гомосексуальному партнерстві; з батьками або родичами мешкає 19% опитаних;
- більшість (69%) мають постійну оплачувану роботу та зазначають, що можуть робити заощадження або живуть у повному достатку (44%); середній місячний дохід вибірки становить 13 898 гривень;
- три чверті респондентів є гомосексуальними чоловіками як за орієнтацією (77%), так і за ідентифікацією (78%); більшість (61%) не приховують своїх сексуальних контактів із чоловіками, але і не заговорюють про це першими.
- Згодом, хімсекс більшою мірою розповсюджений серед гомосексуальних, аніж серед бісексуальних чоловіків.

Розділ 2. Особливості наркосцени та сучасні тенденції в хімсексі серед ЧСЧ міста Києва. Соціальні норми та міфи, пов'язані з хімсексом.

Згідно з інформацією, отриманою від КІ, явище хімсексу існує вже тривалий час, однак під цією назвою відоме недовго. Так, відповідаючи на запитання щодо першого знайомства з явищем, респонденти вказували проміжок від одного до понад двадцяти років, маючи на увазі в одних випадках назву, а в інших — саме явище.

«Дело в том, что оно [название] достаточно новое, оно существует только один-два года. А сам феномен, в общем-то, существует много лет, безусловно. То есть это было всегда. [С тех пор, как] появились клубные наркотики. Особенно в девяностые годы».

Серед респондентів з терміном «хімсекс» були знайомі 56%, а інформацію про нього отримували лише 30% (n=100). Як правило, ця інформація надходила від друзів та знайомих (15 згадувань), з

Інтернету (10 згадувань), рідше — від сексуальних партнерів опитаних (3 згадування), а у 2 випадках — від НУО.

Говорячи про місця, в яких вони вперше дізнавалися про хімсекс, інформанти називали вечірки, нічні клуби, приватні секс-вечірки, фестивалі. Деякі учасники інтерв'ю наголошували на тому, що познайомилися з хімсексом за кордоном або під час спілкування зі своїми іноземними сексуальними партнерами.

➤ *«У меня был партнер, он из Польши, и он уже имел достаточно большой опыт употребления химических веществ во время секса. Это был амфетамин, оксибутират и экстази».*

➤ *«Для многих МСМ употребление препаратов для химсекса происходит именно за пределами страны».*

Серед іноземних міст, які респонденти згадували в контексті набуття досвіду вживання хімічних речовин та хімсексу зокрема — Барселона та Москва.

➤ *«В Барселоне тогда музыкальный фестиваль был. Тупо люди убиваются и танцуют».*

➤ *«Есть тренды поведенческие и тренды секса, которые имеют определенную географию движения, определенные векторы. И мне представляется, что тенденции секса приходят с территории западнее нашей границы с Евросоюзом. От границ стран бывшего СССР. Они приходят в наиболее крупные, богатые и экономически развитые города, одним из которых является Москва. Далее эти тренды распространяются по другим крупным городам нашего региона, я имею в виду Восточную Европу. И приходят в Киев».*

Всі ключові інформанти дослідження погодилися з твердженням, що сьогодні явище хімсексу серед ЧСЧ можна вважати модною тенденцією. Більшість КІ не змогла точно позначити її хронологічний початок; отримані відповіді коливалися в проміжку від одного до п'яти років. Серед консенсуальних причин популярності хімсексу в Україні — ескапістські мотиви (внаслідок психологічних, соціальних або фінансово-економічних проблем), соціальна та сексуальна розкутість, прагнення збільшити тривалість сексу, поглибити інтенсивність сексуальних відчуттів, урізноманітнити своє сексуальне життя, а також такі чинники, як фінансова та логістична доступність хімічних речовин та субкультурне схвалення та прийнятність їхнього вживання (у тому числі й для хімсексу). Крім того, окремі інформанти вказують на такі причини росту популярності хімсексу, як загальне погіршення економічної ситуації в Україні, гормональний дисбаланс в організмі та психологічна травма внаслідок насилля в дитинстві або зростання в неблагополучній сім'ї.

➤ *«Плюс серотониновые, конечно же, могут быть нюансы, когда каких-то гормонов не хватает. А вместо того, чтобы побегать и спортом заняться, человек может закидываться наркотиками».*

➤ *«Думаю, что люди стали меньше зарабатывать, и это тоже может стать одной из причин. Ухудшение социально-экономического статуса. И тогда использование всевозможных легких и не легких наркотиков может быть способом уйти от реальности».*

Відповіді, отримані на запитання про існування неписаних правил щодо хімсексу, є неоднозначними: так, деякі КІ стверджували, що таких правил немає, в той час як інші вважали, що вони наявні та поширені.

➤ *«Никаких правил. Каждый для себя устанавливает правила. Это зависит от личности человека».*

Як правило, відповіді інформантів стосувалися практик на приватних секс-вечірках, вживання хімічних речовин на яких є вельми поширеним. Більшість стверджувала, що використання презерватива на таких вечірках не є обов'язковим, ніким не контролюється та залежить суто від бажань та практик самого індивіда.

➤ *«Я наблюдаю следующую тенденцию: если для человека использование презерватива возведено в норму изначально, то это становится своего рода условным рефлексом. И даже в состоянии измененного сознания его рука потянется за презервативом».*

Деякі були переконані, що використання чи невикористання презерватива залежить від політики господаря вечірки.

➤ *«Использование презерватива будет связано с культурой тусовки, в которой развлекается МСМ».*

➤ *«При этом использование или неиспользование презерватива на этой вечеринке в большей степени, наверно, будет зависеть от мнения хозяина вечеринки и в меньшей степени от того, кто приходит на вечеринку».*

Водночас усі учасники глибинних інтерв'ю погодилися з тим, що вживання хімічних речовин для сексу суттєво зменшує вірогідність використання презерватива.

➤ *«Значит, в химсексе, по факту, использование презервативов — регулярность, правильность и последовательность — значительно снижаются».*

У контексті сексуальної поведінки хімічні речовини вживаються як для сексу з одним партнером — випадковим або постійним, — так і для практик групового або екстремального сексу, оскільки вживання націлене як на отримання більш інтенсивного сексуального задоволення, так і на соціальне та фізіологічне полегшення сексуального процесу.

➤ *«Поскольку ряд препаратов из класса веществ, употребляемых при химсексе, создает ощущение расслабленности — и физиологическое, и психологическое — соответственно, это расслабляющее [ощущение] влияет и на тонус мышц анального отверстия. [...] Значит, проводим определенную тенденцию, что встречи для секса, где фистинги являются ведущей сексуальной практикой, очень часто сочетаются с употреблением тех или иных веществ из категории химсекса».*

➤ *«Если это групповые секс-вечеринки, то там, скорее всего, будут средства для того, чтоб облегчить общение, скажем так».*

Інформанти впевнені, що частота вживання хімічних речовин під час групового чи екстремального сексу є значно вищою, ніж під час сексу вдвох. Прослідковується й обернена закономірність, адже вживання хімічних речовин сприяє збільшенню кількості сексуальних партнерів індивіда за певний проміжок часу.

➤ *«Да, если это групповое сексуальное взаимодействие, то есть секс втроем и более, то использование стимуляторов, наркотиков или других препаратов для химсекса превращает этот процесс в своего рода конвейер, где контроль участвующих на каждой стадии этого процесса теряется».*

Вживання хімічних речовин на таких заходах не є обов'язковим або примусовим та відбувається за власним бажанням. Використання тих чи інших хімічних речовин великою мірою обумовлено сексуальною роллю індивіда. Так, пасивні партнери схильні використовувати хімічні речовини для розслаблення, у той час як активні часто вимушені вживати додаткові препарати для посилення ерекції.

➤ *«Например, МСМ часто предполагает использование поппера. И, соответственно, могут применяться какие-то препараты, касающиеся того, чтоб расслабить пассивного партнера и стимулировать активного партнера».*

Про те, що за останні шість місяців у нього не було сексу без вживання хімічних речовин, повідомив лише один учасник глибинного інтерв'ю та 4% опитаних респондентів. При цьому у чверті вибірки (25%) секс під дією хімічних речовин ставався у більшості випадків, 28% повідомили, що вживали хімічні речовини у половині випадків сексуального контакту, 25% — інколи, а 16% — лише зрідка (див. рис. 2.1).

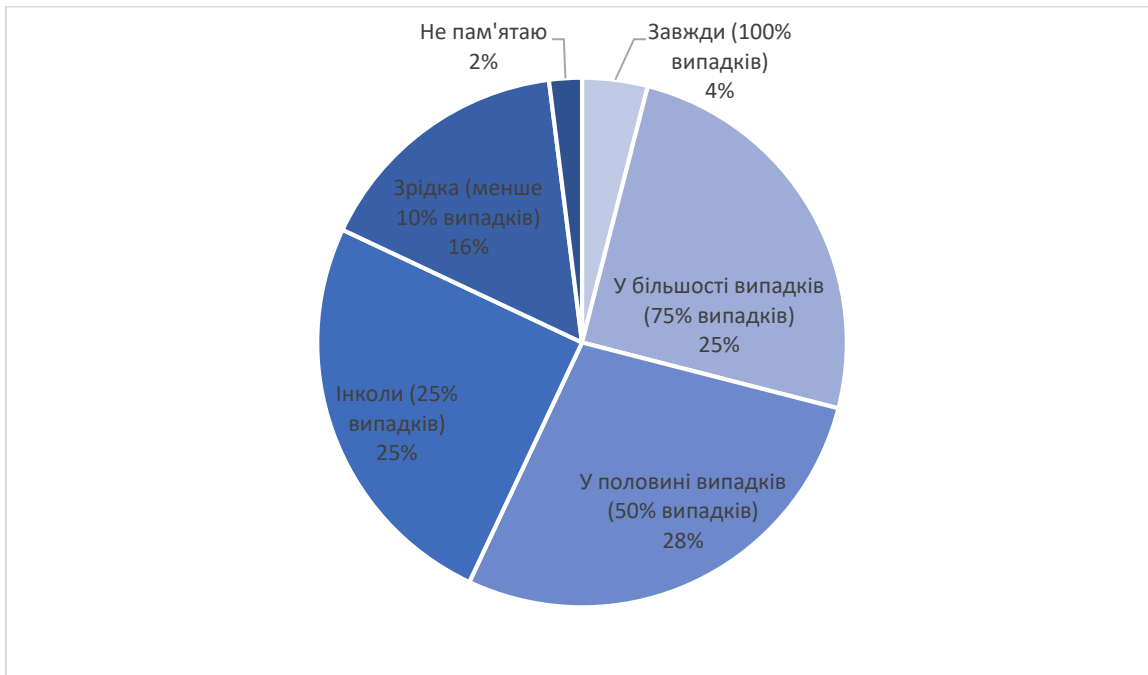


Рисунок 2.1. Розподіл відповідей на запитання «Як часто протягом останніх шести місяців Ви мали сексуальні контакти, перебуваючи під дією хімічних речовин?», n=100

- «Секс ведь происходит чаще, чем употребление наркотиков».

Усі ключові інформанти стверджували, що їм подобається секс без хімічних речовин, але більшість при цьому визнала, що, вибираючи між сексом без їх вживання та хімсексом, надали б перевагу останньому. Один респондент розповів, що для нього це не має значення:

➤ «Мне кажется, что для меня это особого значения не имеет — употребляют или не употребляют наркотики для секса. Секс под наркотиками другой, и [у него] есть и свои преимущества».

Ще один інформант зазначив:

➤ «Преимущественно я предпочитаю без наркотических веществ секс, поскольку он живой и настоящий. Когда действительно все хорошо, то тогда эйфория происходит сама собой во время секса, потому что вырабатываются свои гормоны, удовольствие визуальное, тактильное, эстетическое, эротическое, и потребности нету. Иногда нравится с наркотиком, это когда есть доверие к партнеру, когда я понимаю, что количество наркотиков минимальное. Но мне это нравится постольку-поскольку. Я предпочитаю без».

Висновки розділу:

- хімсекс як явище існує вже тривалий час, однак отримав свою назву нещодавно; ЧСЧ з більшою вірогідністю знайомі з явищем хімсексу, аніж з його назвою; це тенденція, яка поширюється на Україну з великих міст Західної Європи, а також із Москви;
- популярні місця поширення інформації про хімсекс — вечірки, нічні клуби, приватні секс-вечірки, фестивалі, а також Інтернет; переважно ЧСЧ дізнаються про хімсекс від своїх друзів та знайомих, дещо рідше — від сексуальних партнерів;
- основні причини поширення хімсексу в Україні — ескапізм, прагнення отримати яскравіші сексуальні враження, доступність хімічних речовин та прийнятність їхнього вживання у спільноті;

- для хімсексу є характерним зменшення вірогідності використання презерватива та збільшення кількості сексуальних партнерів за певний відтинок часу; крім того, груповий та екстремальний секс часто супроводжується вживанням хімічних речовин;

- вид хімічної речовини, що вживається, певною мірою зумовлюється сексуальною роллю індивіда;
- вживання не є примусовим та відбувається за власним бажанням індивіда;
- значна кількість респондентів займалася сексом без вживання хімічних речовин протягом останніх шести місяців та отримувала від нього задоволення, однак, маючи вибір, віддала б перевагу хімсексу.

Розділ 3. Основні місця поширення хімсексу.

Вибір місць, які допускають заняття хімсексом, є достатньо великим та може варіюватися від гей-клубів і саун до квартирників, приватних помешкань і локацій на природі. Втім, попри такий широкий діапазон можливостей, найбільш розповсюдженим є хімсекс у домашніх умовах. Так, респонденти, відповідаючи на запитання щодо місць, де вони вживали хімічні речовини до або під час сексуальних контактів протягом останніх шести місяців, вибирали варіанти «вдома» та «в гостях» у 96% та 94% випадках відповідно (див. рис. 3.1). При цьому такий вибір обумовлений міркуваннями безпеки та фактом обмеженого доступу до цих локацій для третіх осіб.

➤ *«Дома. В основном, дома, где безопасно. Зачем же подвергать себя какой-то опасности!?»*

Наступними за поширеністю серед місць, де відбувався хімсекс, були гей-дискотеки й нічні гей-клуби та звичайні дискотеки й нічні клуби (58% та 46% респондентів відповідно зазначили ці варіанти). Втім, на цих локаціях частіше відбуваються лише попереднє знайомство партнерів та вживання ними хімічних речовин, оскільки власне для хімсексу вони можуть залишити розважальний заклад та поїхати додому до одного з них, інколи повертаючись до клубу вже після сексу.

➤ *«Такое бывает, что ты с кем-то познакомился и ты как бы прервал свою вечеринку, поехал, занялся сексом и вернулся обратно».*

При цьому можливим є хімсекс і на природі (ця опція була зазначена 55% респондентів), проте це стається скоріше спонтанно, адже існують певні обмеження, які не сприяють сексу в подібних умовах (відсутність базових зручностей, комахи тощо). Як правило, на природі відбувається лише попереднє вживання хімічних речовин із подальшим переміщенням у більш комфортні та пристосовані для заняття сексом умови.

➤ *«На природе — нет. На природе был петтинг. Всё. Я не люблю вот это — муравьи, зеленые листья, холод, жару, посторонний шум, кто увидит, неудобства — ни раздеться, ни помыться. Все нюансы — они для меня важны».*

Достатньо поширеним варіантом виявився й хімсекс на приватних гей-вечірках (44% респондентів повідомили про відповідний свій досвід цього за останні півроку). Найчастіше такі заходи відбуваються у власних або орендованих квартирах, а організаторами виступають зацікавлені ЧСЧ. При цьому матеріальне забезпечення такої зустрічі (у тому числі закупівля презервативів, лубрикантів, окремих медичних засобів на кшталт хлоргексидину тощо) в деяких випадках покладається на всіх учасників, які сплачують так звані «вхідні внески», а в інших — може покриватись власним коштом організатора, що, зазвичай, надає такому організатору право і можливість установлювати певні правила поведінки.

Кількість учасників вечірки може бути різною (але, як правило, не меншою ніж п'ять осіб) та залежить від мети, яку організатор ставить перед собою (винятково секс-вечірка або ж захід розважального характеру з можливим сексом в подальшому), або обумовлюється спільною домовленістю між учасниками. Тривалість такої вечірки варіюється від одного вечора до кількох діб. Кожний учасник визначає тривалість своєї участі самостійно, виходячи з власних бажань та можливостей. Інформація про проведення таких вечірок поширюється переважно серед обмеженого кола вже знайомих осіб (напр., за

допомогою чатів у мобільних месенджерах), інколи вечірки аноншуються через мобільний додаток Hornet, сайт знайомств BlueSystem тощо.

➤ *«Ну, это как-то получилось познакомиться когда-то. Было у меня много таких вечеринок. Людям просто, наверное, скучно, и они собирают толпу народа, активно проводят время».*

➤ *«Я бы не сказал, что есть вечеринки специально для химсекса. [...] Есть, конечно, вечеринки добровольной организации, которые собираются просто для группового секса, и там в качестве допинга предлагается бутират. Он предусмотрен, он закупается, и как бы в стоимость участия в этой группе входит употребление бутирата. Акцент ставится не на том, что это химсекс-вечеринка. Акцент ставится на том, что это просто секс-вечеринка, а химвещества — это допинг».*

Цікавим видається і те, що вечірки можуть організовуватись як кількома «ентузіастами» (або окремим організатором), так і певною групою осіб, які проводять такі вечірки для широкого кола учасників (тобто вже на більш високому організаційному рівні). У другому випадку існують певні правила участі, які полягають, зокрема, у попередньому відборі нових учасників організаторами та «чинними» учасниками. Крім того, такі вечірки проводяться з певною періодичністю (один-два рази на місяць), а їхні учасники не можуть пропускати більше ніж певну кількість заходів, інакше для участі їм доведеться проходити повторний відбір. Такі вечірки розпочинаються в конкретно визначений час; протягом певного періоду двері є відкритими на вхід та вихід, проте з якогось моменту допуск нових учасників припиняється, а двері починають працювати лише на вихід.

➤ *«В Киеве это вечеринки [...], на которые приглашаются несколько десятков участников. Они все проходят определенный личностный контроль со стороны организаторов, которых пять человек, плюс-минус. Эти люди решают, кого приглашать, кого нет. Участие в них платное, 200-300 гривен. Эти деньги покрывают орграсходы. Там, аренда помещения, они приобретают складчину презервативы, лубриканты, что-то, возможно, из выпивки. Еще оплачивают эксплуатацию аппаратуры, музыки. [...] Употребляются ли там стимуляторы — да, употребляются. Это не анонсируется. Туда могут приехать люди уже под воздействием препаратов. Очевидно, что могут употребить и там при необходимости. Это не будет вызывать возражений со стороны организаторов».*

Можливість упоживання на подібних заходах наркотичних засобів та інших хімічних речовин, як правило, заздалегідь не обговорюється із міркувань безпеки. Водночас, кожен із учасників має можливість принести відповідні речовини з собою та впоживати їх безпосередньо на вечірці.

Якогось одного алгоритму вживання хімічних речовин на приватних вечірках не існує. Деякі учасники вживають ті чи інші речовини безпосередньо перед візитом, інші — невдовзі після прибуття (наприклад, з ціллю зменшити хвилювання та полегшити спілкування), треті — безпосередньо перед або під час сексуального контакту. При цьому вживатися можуть як принесені з собою або взяті у знайомих та друзів хімічні речовини, так і надані господарем вечірки. Як правило, за свій час перебування на заході кожен учасник приймає кілька доз того чи іншого препарату, часто різні речовини вживаються поперемінно. Впоживання хімічних речовин не є примусовим та може ігноруватися окремими учасниками (вони натомість можуть пити алкоголь).

Сексуальні контакти на таких вечірках можуть бути як груповими, так і парними. Не всі учасники беруть одночасну участь у всіх сексуальних актах — у той час як деякі займаються сексом, інші можуть спілкуватися або спостерігати за ними.

Крім того, трапляються випадки вживання хімічних речовин для сексу й у гей-секс-клубах та гей-саунах (23% та 16% респондентів відповідно повідомили про такий досвід за останні півроку). Порівнюючи українську тенденцію вживання хімічних речовин у гей-секс-клубах та гей-саунах із західноєвропейськими, можемо говорити про малу поширеність подібних практик на вітчизняній гей-сцені, пов'язану насамперед із незначною кількістю таких закладів в Україні. До того ж, адміністрація

українських гей-секс-клубів та гей-саун часто дотримується жорсткої політики щодо обмеження обігу заборонених хімічних речовин в межах відповідних локацій, не дозволяючи ані приносити їх із собою, ані вживати на території закладів. Це, втім, не виключає можливості їхнього таємного вживання відвідувачами або вживання до відвідин клубу або сауни.

➤ *«Украинские заведения досуга, ориентированные на геев, — это клубы, сауны, секс-клубы и так далее. По опыту участия в жизни этих заведений могу сказать, что распространение наркотиков для них — это не правило, а исключение. Я знаю, что администрация ряда заведений в разные периоды времени была настроена категорически против подобного рода активностей на территории заведения».*

Вживання хімічних речовин для сексу у таких місцях, як звичайні приватні вечірки; гей-кафе, паби та бари; звичайні кафе, паби та бари, а також звичайні сауни — практикує незначна частка респондентів (16%, 11%, 11% та 6% відповідно повідомили про відповідний досвід за останні півроку). Насамперед, це може бути пов'язано з тим, що у таких місцях відбувається лише попереднє знайомство партнерів із подальшим переміщенням до місця, більш комфортного для вживання хімічних речовин та сексу.

Окремо згадувалися такі локації, як місце роботи, лікарня, секс-клуб, круїзингове місце, кінотеатр, машина тощо.

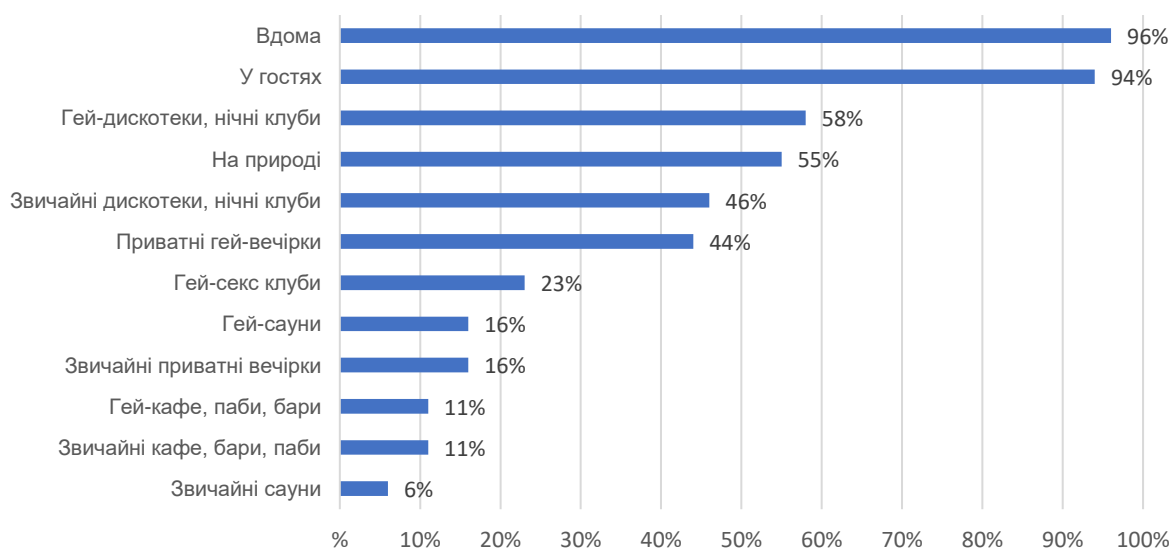


Рисунок 3.1. Розподіл позитивних відповідей на запитання «В яких із перерахованих нижче місць Ви вживали хімічні речовини до або під час сексуальних контактів протягом останніх шести місяців?», n=100

Висновки розділу:

- вибір локації для хімсексу є доволі широким та залежить від того, де конкретна людина здатна почувати себе достатньо безпечно та розкуто;
- іноді локація хімсексу співпадає з локацією, на якій відбувалося вживання наркотиків, яке передувало сексу;
- найбільш поширені місця, де ЧСЧ мають хімсекс: вдома (96%), у гостях (94%), на гей-дискотеках і в нічних гей-клубах (58%), на природі (55%), на звичайних дискотеках і в звичайних нічних клубах (46%), на приватних гей-вечірках (44%).

Розділ 4. Основні види наркотичних засобів, психотропних речовин та/або окремих лікарських засобів, які використовуються під час хімсексу.

4.1. Перший досвід вживання хімічних речовин серед ЧСЧ.

За результатами дослідження, медіанний вік першого вживання хімічних речовин серед вибірки становив 20 років, середній — 17 років; найменший вік, вказаний респондентами як рік першого вживання хімічних речовин, — 12 років, найбільший вік першого досвіду вживання хімічних речовин — 33 роки.

Цікавим є спосіб першого вживання хімічних речовин: для більшості респондентів (55%, n=100) це було куріння (див. рис. 4.1.1). Беручи до уваги глибинні інтерв'ю, можна припустити, що йдеться переважно про марихуану (з набагато меншою вірогідністю є міг бути спайс).

➤ *«Наверное, курс третий-пятый университета, мы с другом курили траву у него дома, и нас застукала бабушка, это была довольно забавная история».*

➤ *«Я только подавал документы в училище после школы. И мы сдружились с одним чуваком. И он мне говорит: «Погуляем, познакомимся с друзьями заранее, с группой, ты же не против?» Ну а почему бы и нет? Новые знакомства, заранее группу знать. Мы поехали гулять, гуляли возле берега реки, бухали. И он мне говорит: “Пошли на пару минут поговорим”. Я подхожу, и он меня спрашивает: “Ты хочешь?” А у меня страх. [...] Я ещё это не принял, а у меня уже был очень большой страх. И этот страх оправдался. Я принял. Это был спайс. Это жуткая химка была. Меня просто унесло. Я начал рыгать, в голове очень всё крутится, мне очень плохо, и вокруг много лиц, они все надо мной смеются. От этого ещё страшнее стало. Я просто потерялся. Казалось, что я на небе и смотрю, как я иду, вижу свой затылок. Вот такие галлюцинации. В конце концов, они ещё и бросили меня там одного. Я где-то ещё четыре часа отходил. Это очень тяжело было. После этого всего я и мой организм где-то ещё три дня отходили. Где-то неделька прошла, и у меня появился какой-то азарт».*

В окремих випадках досвід першого вживання був пов'язаний із поїздками за кордон, зокрема до країн, де, за умови дотримання певних правил, вживання марихуани є легальним.

➤ *«Да, это была марихуана, мне было где-то лет двадцать. [...] Мы тогда с голландским другом [...] с собой взяли травы, в Амстердаме купленной. Так как друг не курил, мне было интересно попробовать эти ощущения, я не знал, как ее курить и что с ней делать. [...] Но это было куплено в кофешопе в пакетике».*

22% опитаних розповіли, що вперше спробували хімічні речовини назально, тобто вдихнувши їх через ніс.

➤ *«Около шестнадцати лет было, когда я в первый раз попробовал амфетамин. Нюхал. Потом где-то год я посидел на нем. Где-то в шестнадцать лет я попробовал травку. Первым был фен. Ну и дальше пошло по [нарастающей]».*

➤ *«Наркотики были в моей жизни с детства. Когда я ходил по улицам и мне было шесть–семь лет, то у нас дети, мои сверстники, нюхали клей. Это еще до того, как в клее “Момент” поменяли рецептуру и он перестал вставлять».*

Пероральний шлях (ковтання) упоживання хімічних речовин став першим для 21% респондентів.

➤ *«Метамфетамин и таблетки всякие, в основном. Всё подряд. Я даже не спрашивал, что это».*

Лише двоє респондентів із вибірки повідомили, що почали вживати хімічні речовини ін'єкційним шляхом.

➤ *«Кетамин. Это же наркоз... Ну, как и оксибутират, — это наркозы, в принципе. [...] Да, в мягкие мышцы».*

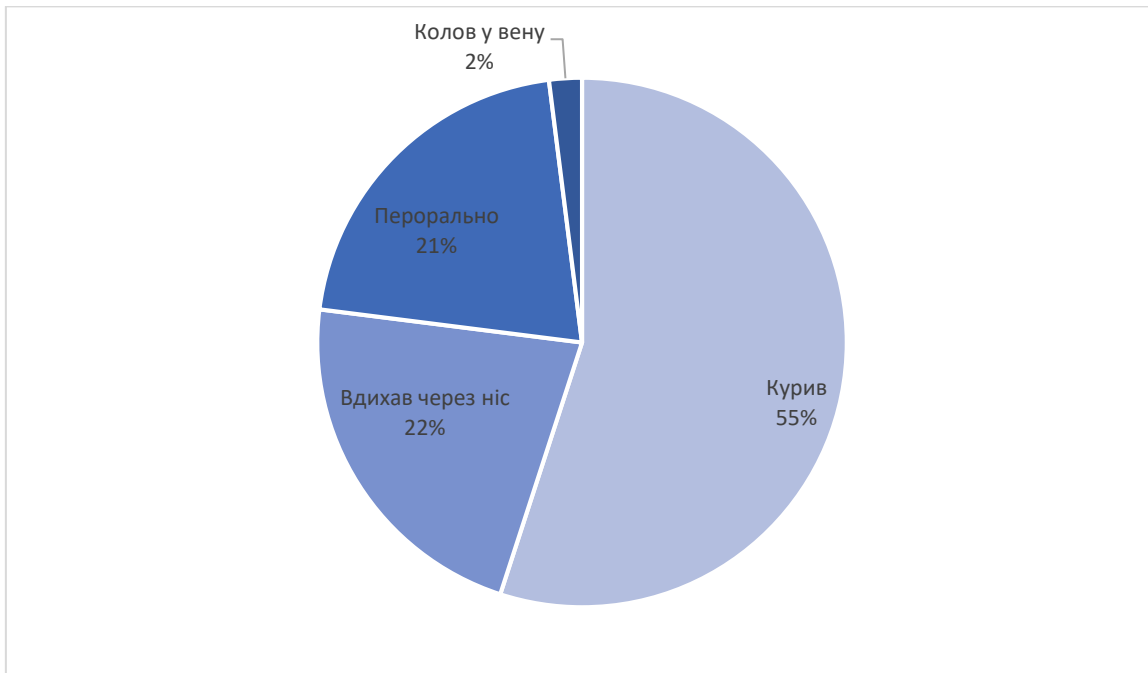


Рисунок 4.1.1. Розподіл шляхів першого вживання хімічних засобів серед респондентів, n=100

З урахуванням проведених глибинних інтерв'ю, можна припустити, що обставини першого досвіду вживання хімічних речовин, — зокрема, вік, спосіб ужитку та вид речовини — залежали, головним чином, від оточення, в якому на той момент перебував індивід.

У більшості випадків причиною першого вживання хімічних речовин респонденти називали «інтерес» (79%, n=100) та «вплив оточення» (47%) (див. рис. 4.1.2).

➤ *«Было интересно попробовать что-то новое, потому что надоело пить алкоголь. Друзья предложили, мне захотелось».*

У 14% випадків перший досвід вживання пов'язаний із прагненням зняти стрес та подолати невпевненість у собі.

➤ *«Это просто желание отойти от этого мира. Ты в этом состоянии просто улетаешь, ты не слышишь, что на улице кто-то кричит или ссорится, ты просто в своем мире. В этом мире у тебя есть друзья, которые тебе рады».*

8% опитаних повідомили, що першопрчиною виступало бажання бути «модним». Крім того, один учасник глибинного інтерв'ю розповів, що на стиль його життя повпливала власна популярність.

➤ *«Были легкие деньги, и была бешеная популярность. [...] Это вскружило голову тогда».*

Вперше вжили хімічні речовини з метою подолання фізичних або психологічних труднощів 5% опитаних; щоби подолати страх — 4%, а від безвиході — 2%.

Важливо зазначити, що перший досвід вживання хімічних речовин рідко пов'язаний із прагненням підвищити рівень сексуального задоволення, збільшити рішучість під час сексуального контакту або активувати фізичну сексуальну активність (3%, 3% та 1% відповідно). Жоден респондент не вибрав опцію «прагнення підвищити почуття власної привабливості».

➤ *«Травку я попробовал лет в пятнадцать или шестнадцать. Но она не была средством для того, чтоб расслабиться в сексе. Это было просто подростковое опьянение».*

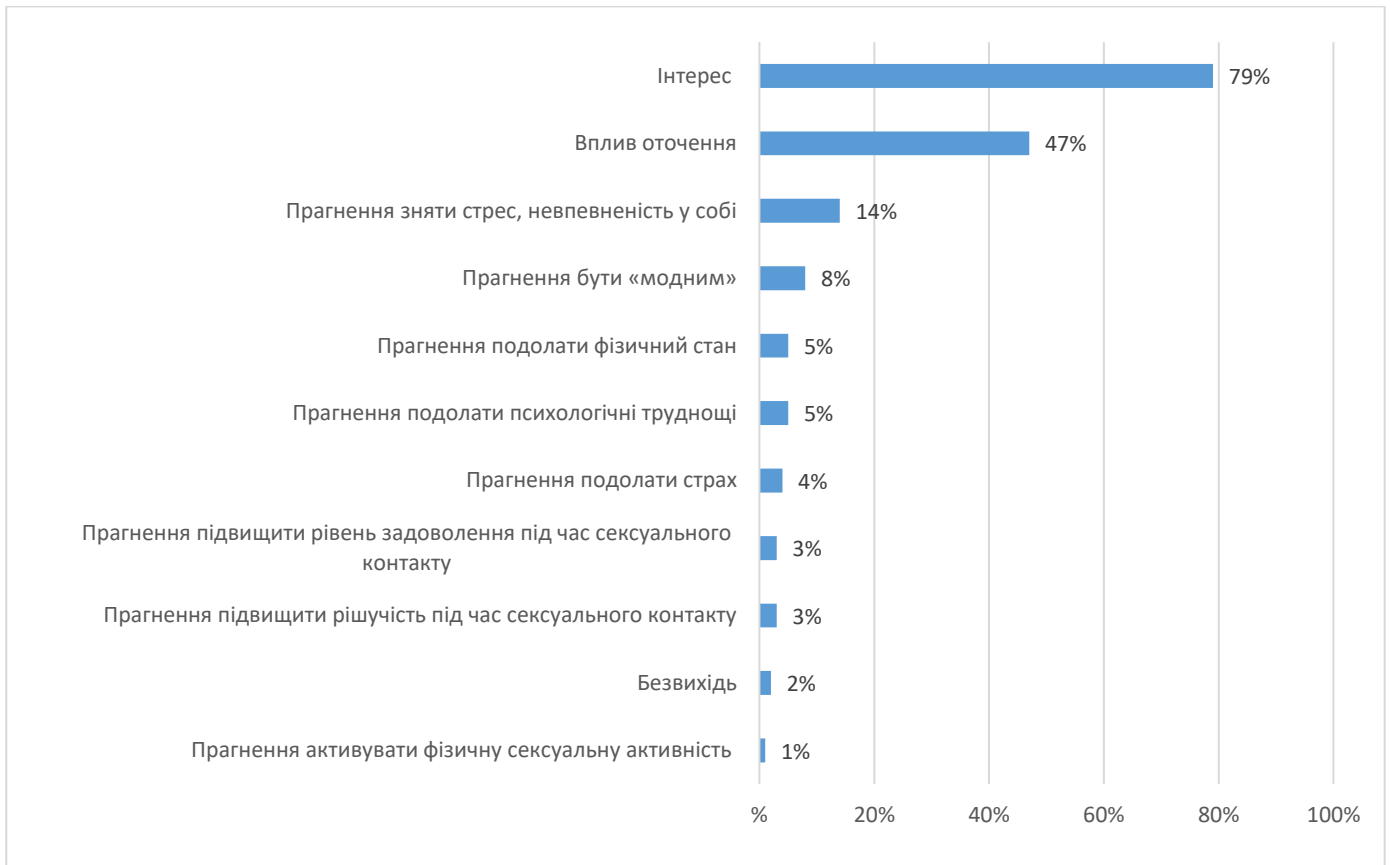


Рисунок 4.1.2. Розподіл причин першого вживання хімічних речовин, n=100

4.2. Основні причини поточного вживання хімічних речовин.

Як уже зазначалося, найбільш поширеною причиною *першого* вживання хімічних речовин є інтерес. Така тенденція прослідковується й у випадку вживання як такого, хоча частка респондентів, що позначили цей варіант, значно менша в порівнянні з часткою, що вибрали «інтерес» як причину вживання, — 48% проти 79% відповідно (див. рис. 4.2.1). Говорячи про цей фактор, варто враховувати наявність в індивіда попереднього досвіду вживання тих чи інших хімічних речовин, адже у випадку його відсутності інтерес може полягати саме у вживанні досі не знайомих речовин; відповідно, ті респонденти, які мають багатий досвід вживання різних хімічних речовин, можуть рідше повідомляти про інтерес як причину свого поточного вживання.

➤ *«Значит, есть ситуации [...] сознательного эксперимента. Вот, он знает и пробовал уже все, и теперь хочет еще и это попробовать. Это еще переход определенных препаратов из другого целевого назначения в назначение сексуальной стимуляции».*

➤ *«Желание почувствовать измененное сознание, разнообразие впечатлений, [...] неприязнь к рекреационной алкоголизации. Мне не нравилось чувство [опьянения], что со мной происходило».*

Іншою поширеною причиною, з якою пов'язується поточне вживання хімічних речовин, є прагнення зняти стрес та подолати невпевненість у собі (46%). Тут, навпаки, спостерігається зростання актуальності в порівнянні з першим вживанням, і це можна пояснити в контексті збільшення фактору стресу в житті індивідів із плином років.

Подібну тенденцію бачимо й у наступних за популярністю мотивах: для того, щоби підвищити рівень задоволення під час сексуального контакту, хімічні речовини використовує 40% опитаних, у той час як причиною першого вживання це було лише для 3%; для подолання фізичного стану (наприклад, для подолання втоми або при відсутності чи слабкості ерекції для її відновлення) — 31% проти 5%; для активації фізичної сексуальної енергії — 25% проти 1%; для підвищення рішучості під час сексуального контакту — 17% проти 3%. Імовірно пояснення полягає в тому, що перше вживання випереджає перший

сексуальний досвід індивіда, через що сексуальні мотиви не набувають значення внаслідок відсутності самого усвідомлення того, що хімічні речовини можна використовувати як «допінг» для сексу.

➤ «Стимулятори дають це чувство раскрепощения, возможность легче познакомиться, возможность легче предложить секс, потому что застенчивость — это качество многих людей».

➤ «Наркотики позволяют поднять свою планку, представление о себе меняется сразу. То есть ты чувствуешь себя другим человеком, [...] ты все контролируешь, осознаешь, и у тебя ушли некоторые запреты, табу, и ты можешь себе позволить раскрыть себя».

Прагнучи подолати психологічні труднощі, вживають хімічні речовини 13% опитаних (першопрчиною це було лише для 5% вибірки).

Цікавою є ситуація з таким мотивом, як «вплив оточення» (11%), оскільки в око одразу впадає різке зниження актуальності цього фактору в порівнянні з першим вживанням (47%). Очевидно, пояснення варто шукати в динаміці підліткових взаємин та властивому їм високому рівні конформності, який з часом втрачає свою вагу та важливість. Подібна логіка діє й у випадку прагнення бути «модним», яке майже не згадується як причина поточного вживання (лише 1% респондентів обрав саме цю причину), хоча й згадувалося у контексті першого вживання (8%).

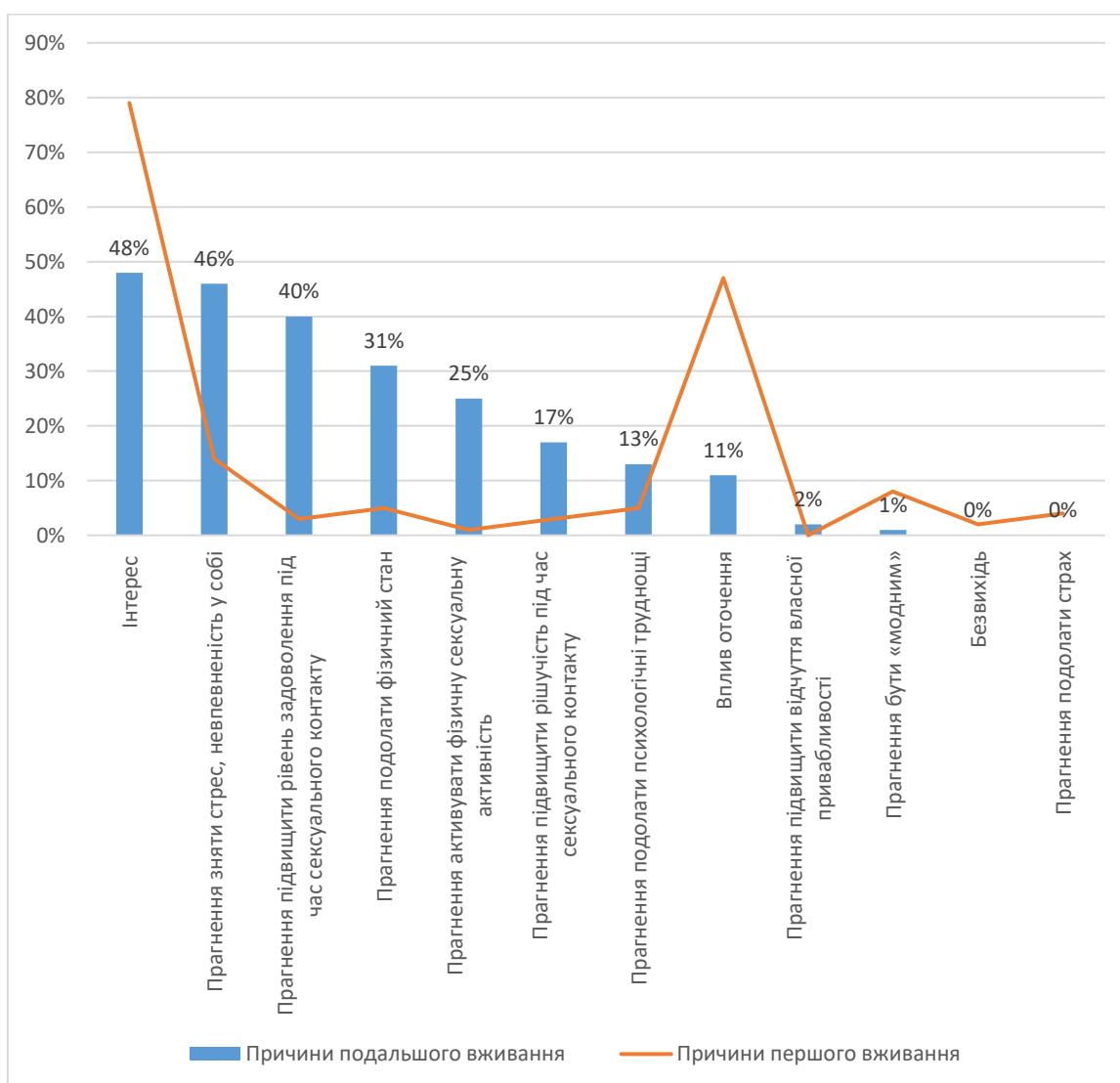


Рисунок 4.2.1. Розподіл причин першого та подальшого вживання хімічних речовин, n=100

4.3. Тенденції у вживанні хімічних речовин.

Абсолютна більшість респондентів (88%, n=100) ніколи не вживала хімічні речовини ін'єкційним шляхом.

Найчастіше респонденти отримують наркотики від друзів та знайомих (це «джерело» є провідним для 64% респондентів, n=100); наступними за частотою «джерелом» є дилери (26%), на третьому місці — шлях отримання через замовлення в Інтернеті. Сексуальні партнери виступають основним «джерелом» наркотиків лише для трьох респондентів (див. рис. 4.3.1).

Досить поширеною є практика одночасного чи послідовного вживання кількох різних хімічних речовин: за результатами опитування, частка респондентів, які коли-небудь комбінували кілька хімічних речовин, становить 87% (n=100). Крім того, 91% опитаних повідомили, що в них є досвід вживання хімічних речовин одночасно⁶ з алкоголем. (слід зазначити, що існують чіткі правила щодо незмішування тих чи інших речовин із алкоголем, а деякі комбінації хімічних речовин між собою мають небезпечні для здоров'я та життя ризики).

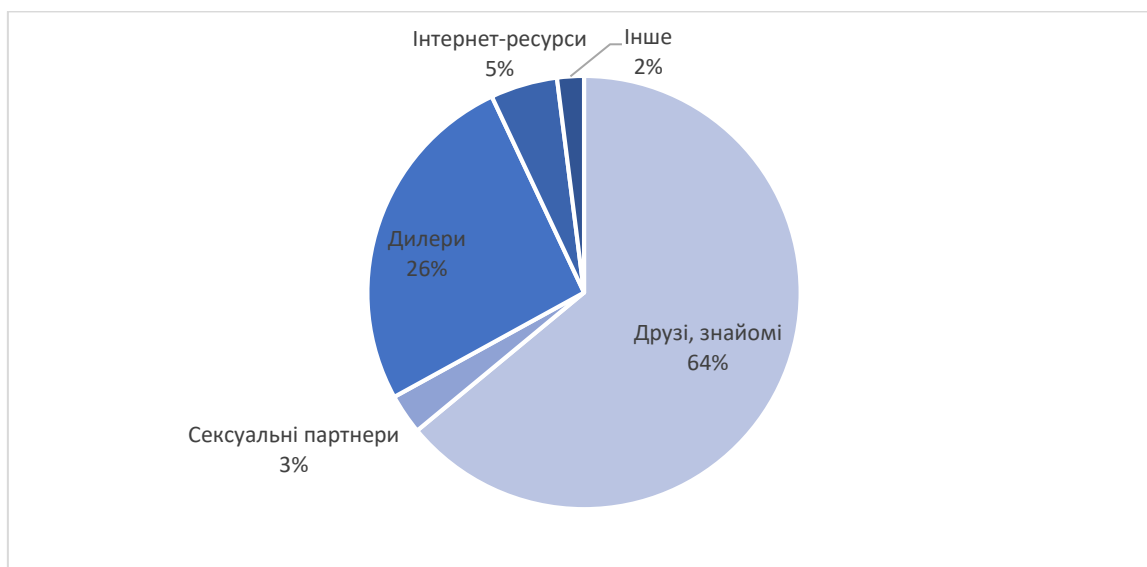


Рисунок 4.3.1. Розподіл відповідей на запитання «Де Ви найчастіше берете наркотичні речовини?», n=100

➤ «Да, конечно, например, поперс смешивается со всем тем, что я ранее называл — грибы, ЛСД, экстази и трава — замечательно смешивается. Грибы смешиваются замечательно с травой, марки также смешиваются с травой, с экстази, получается нечто странное. Фен с марихуаной тоже смешивается».

➤ «И, конечно, лучше алкоголь не смешивать с этими препаратами, потому что неизвестно, что там, в препаратах, намешано. Может плохо закончиться для человека».

Результати проведених глибинних інтерв'ю дають змогу дійти висновку, що спосіб вживання хімічних речовин залежить від того, яка саме речовина застосовується, і в подальшому не змінюється з неін'єкційного на ін'єкційний. Вибір же хімічних речовин залежить від власного досвіду їхнього вживання та впливу на організм, доступності та мети, з якою вони використовуються.

➤ «В отношении травы ничего не изменилось. Все стабильно. А лет с десять назад я стал употреблять легкие наркотики типа экстази, ЛСД, галлюциногенные грибы. Совсем недавно, пару лет назад, амфетамин».

Одночасне вживання хімічних речовин та алкоголю є дуже поширеним. Так, 72% опитаних повідомили, що мають досвід вживання хімічних речовин із алкоголем середньої міцності, 53% — із міцними алкогольними напоями, 49% — зі слабоалкогольними напоями.

⁶ Під «одночасністю» маються на увазі ситуації, коли певна речовина вживається індивідом у той час, коли він іще перебуває під впливом іншої речовини. Одночасність не передбачає одномоментне вживання кількох речовин у буквальному сенсі чи їх буквальноне змішування між собою, хоча й не виключає це.

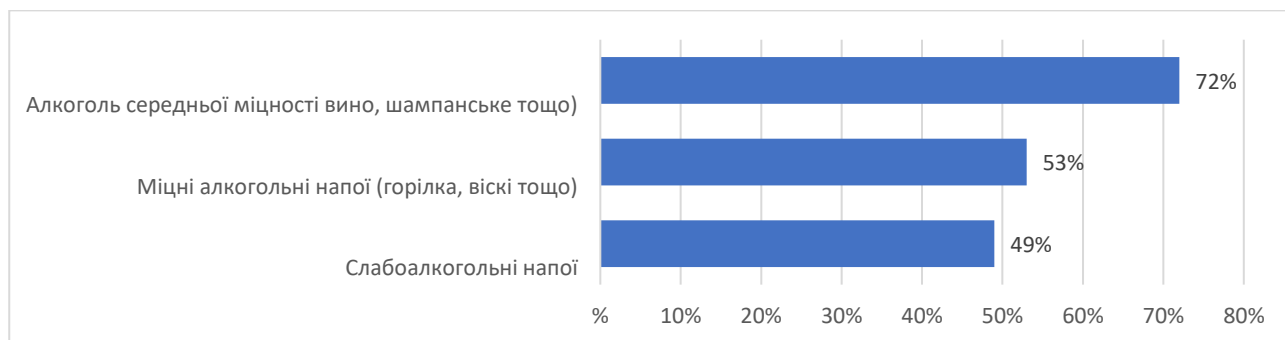


Рисунок 4.3.2. Розподіл вживання хімічних речовин із алкоголем різної міцності за кількістю респондентів, що мають такий досвід, n=91

На рисунку 4.3.3 можна побачити градацію хімічних речовин за часткою респондентів, які мають досвід їхнього вживання.

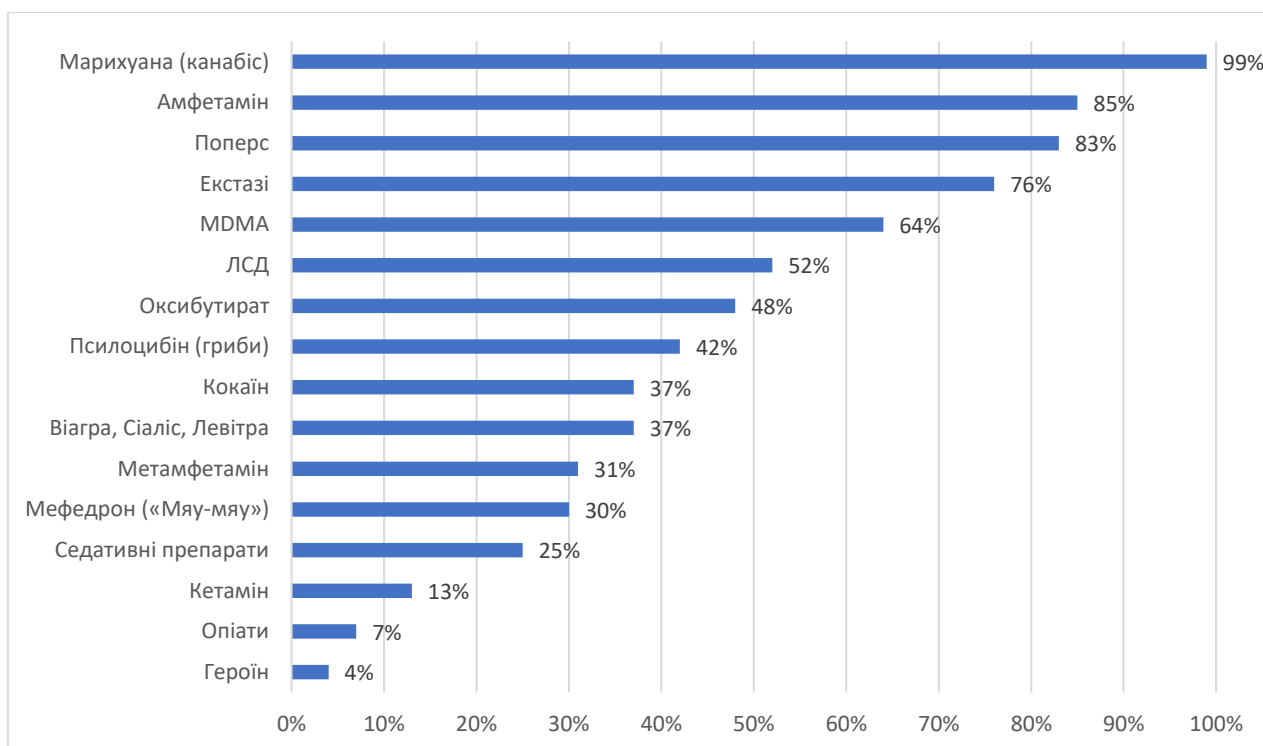


Рисунок 4.3.3. Розподіл хімічних речовин за часткою респондентів, які вживали їх принаймні раз за життя, n=100

4.3.1. Марихуана.

Найбільш поширеним серед респондентів є досвід вживання марихуани; так, 99% опитаних зазначили, що їм доводилося курити марихуану принаймні раз у житті (див. рис. 4.3.3). Це пояснюється, насамперед, широкою розповсюдженістю та доступністю цього психоактивного наркотичного засобу, а також відсутністю стигматизації її вживання в широких субкультурних середовищах.

➤ «Все, кстати, вважають, що це не наркотик, а легкий такий антидепресант і допинг, скажем».

Основний шлях вживання марихуани — куріння (цей спосіб обрав 91 респондент із 92). Один опитаний розповів, що вживає її перорально.

35% опитаних повідомили, що курили марихуану протягом останньої доби; ще 38% вживали її протягом останнього тижня (див. рис. 4.3.1.1).

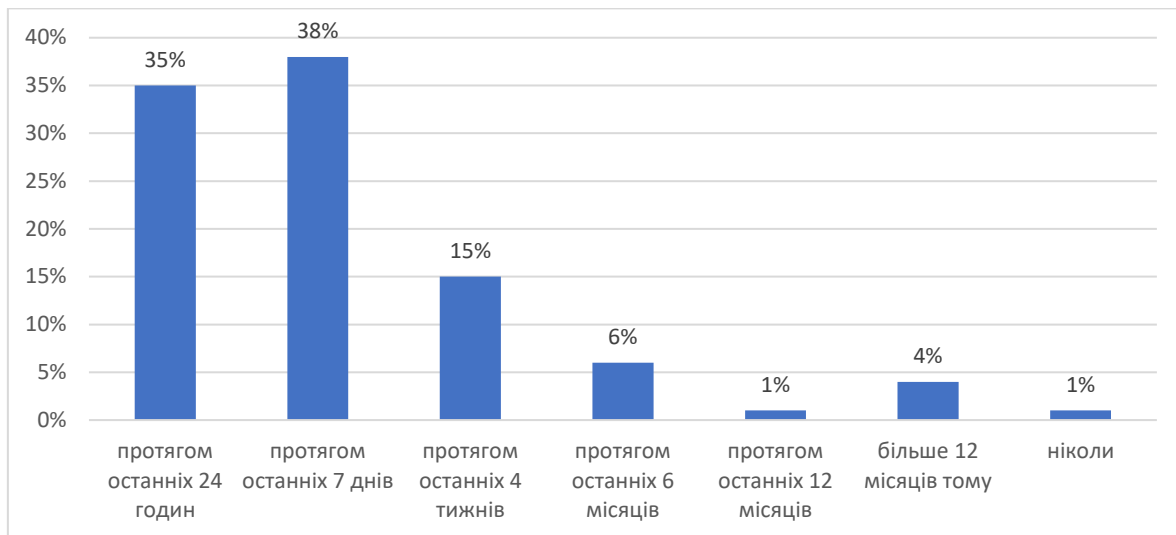


Рисунок 4.3.1.1. Розподіл частоти вживання марихуани серед респондентів, n=100

На думку більшості респондентів, марихуану можна змішувати з будь-чим без ризику настання негативних наслідків.

➤ *«Потом я чаще всего беру ЛСД, а дальше уже это состояние корректирую экстази и марихуаной».*

Крім того, учасники глибоких інтерв'ю неодноразово підкреслювали, що марихуана не є тим наркотиком, який часто використовується під час хіксеку.

➤ *«Марихуану я тоже в данном случае не хочу упоминать, потому что это, скорее, для коммуникации, а не для секса. Там хочется вместе посмеяться».*

➤ *«Чисто марихуана для секса как-то людей не стимулирует».*

Наслідком вживання марихуани є покращення загального емоційного стану, відчуття ейфорії, розслабленості, відсутність зацікнення на окремих деталях. Утім, вплив марихуани на організм кожної окремої людини є індивідуальним та може мати негативні наслідки. Зокрема, деякі респонденти повідомили, що після вживання марихуани в них погіршувався фізичний та психічний стан. Крім того, за постійного вживання марихуани організм може виробити до неї певну толерантність.

➤ *«Поменялось только то, что мне не нравится то, что действие очень слабое, как по мне. Вот у других... ну, были друзья, которые ко мне приходили на выходные, и они там чуть-чутьку — и уже им плохо становилось. А для меня — много — и не хорошо, и никак. Хочется вроде бы чего-то покрепче, но я понимаю, что если начну покрепче...»*

В окремих випадках йдеться про куріння спайсів, які являють собою матеріал рослинного походження (траву, пелюстки тощо) з нанесеними на нього психотропними речовинами, насамперед — синтетичними канабіноїдами. Ефект від вживання спайсу є дещо схожим на ефект марихуани, однак спайс може спричинити більш негативні наслідки.

4.3.2. Амфетамін.

Частка респондентів, що мають досвід принаймні одноразового вживання амфетаміну, становить 85% (див. рис. 4.3.3). Вживається переважно назально, тобто нюхається у вигляді порошку (75 випадків із 83), однак зустрічаються й випадки перорального (4) та ін'єкційного (4) вживання.

➤ *«И мефедрон, и амфетамин переходили уже в класс наркотиков, которые принимали внутривенно — для того, чтобы получить резкий и быстрый эффект, и более такой насыщенный».*

18% опитаних вживали амфетамін протягом останньої доби; 24% — протягом останнього тижня; 21% — протягом останнього місяця, а 18% — протягом останніх шести місяців (див. рис. 4.3.2.1).

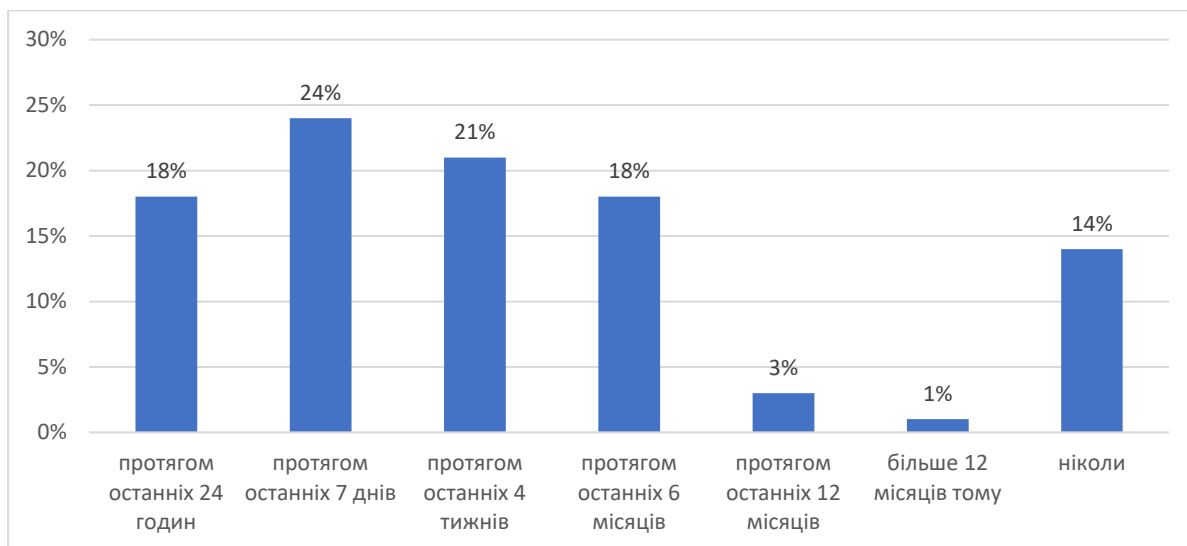


Рисунок 4.3.2.1. Розподіл частоти вживання амфетаміну серед респондентів, n=100

Ця речовина підвищує енергійність, що обумовлює її застосування під час тривалих сексуальних актів та вечірок, а також підсилює лібідо та комунікативність. Може вживатися неодноразово протягом нетривалого періоду часу, період дії становить приблизно півтори-дві години.

Амфетамін може призводити до низки негативних наслідків, серед яких — зниження імунітету, виснаження нервової системи, тривожність, тахікардія, відсутність або слабкість ерекції, проблеми зі сном, загальний депресивний стан, підвищена тривожність та дратівливість, агресія.

Вживання амфетаміну здатне призвести до залежності; крім того, може спостерігатися виникнення толерантності. У таких випадках часто відбувається збільшення дози та частоти вживання, що підвищує ризик отруєння іншими складовими препаратів.

➤ *«В моей коллекции — это, конечно, амфетаминовая группа. Если какой-то длительный период, например, частить, то потом перерыв — пару дней серого чего-то, безнадеги такой мрачной, полуагрессивной, неприятной».*

➤ *«Фен — это не мое, потому что отходняки от него такие... Либо надо на нем сидеть и нюхать, чтоб еще не было отходняков, либо надо пережить как-то этот отходняк и вернуться к нормальной жизни».*

Амфетамін може поєднуватися з такими речовинами, як ЛСД, екстазі, оксибутират, які здатні «вирівняти» його дію, а також алкоголем та марихуаною, які, в свою чергу, вживаються задля того, щоби «погасити» дію амфетаміну.

➤ *«Вначале для какого-то расслабления, для раскованности, а потом, через время уже... Бывают, конечно, переборы. Наблюдаешь, а человек уже не особо вменяемый... Особенно это касается оксибутирата... А амфетамин немного подравнивает это состояние».*

Не допускається одночасне застосування амфетаміну та таких лікарських засобів, як віагра, левітра та сіаліс, оскільки наслідком такого змішування може бути серцевий напад.

➤ *«И, тем более, во всех рекомендациях на Западе в клубах, не только в геевских, висят плакаты: “Не принимай виагру и амфетамин”. Были смертельные случаи. Потому что виагра повышает кровяное давление, суживает сосуды. Амфетамин то же самое делает. Соответственно, инфаркт миокарда может случиться».*

4.3.3. Поперс.

Досвід вживання поперсу мають 83% опитаних (див. рис. 4.3.3). Основний шлях застосування — назальний (78 респондентів); двоє повідомили, що вживають поперс «перорально», а один — ін'єкційно, хоча, вочевидь, в останньому випадку йдеться про помилку відповіді або не уважність респондентів,

оскільки поперс при безпосередньому контакті з тканинами тіла або слизовими викликає негайний хімічну травму (хімічний опік). З тієї ж причини випадки «перорального» вживання слід розуміти як практику нюхання його парів через рот.

Лише 3% зазначили, що вживали поперс протягом останньої доби; третина (30%) застосовувала речовину протягом останнього тижня, 22% — протягом останнього місяця.

Поперс набув популярності ще в середині минулого сторіччя. Наразі жодних правових перешкод до його придбання та вживання в Україні немає. Застосовується переважно тим партнером, який перебуває у рецептивній ролі, адже сприяє розслабленню м'язів та викликає швидку й легку ейфорію, проте може негативно впливати на ерекцію. Ефект від вживання препарату є короткотривалим — усього дві-три хвилини. Може використовуватися неодноразово протягом певного часу, однак при надмірному вживанні викликає головний біль, може спричинити втрату свідомості та акроціаноз (посиніння губ і нігтів). Поперс протипоказано поєднувати з препаратами еректильного класу (віагрою, левітрою, сіалісом) через ризики для серцево-судинної системи. Крім того, поперс сильно впливає на частоту серцевих скорочень, і якщо в індивіда серцебиття вже надмірно пришвидшене внаслідок вживання інших хімічних речовин, то сполучення з поперсом також містить серйозні ризики для серця.

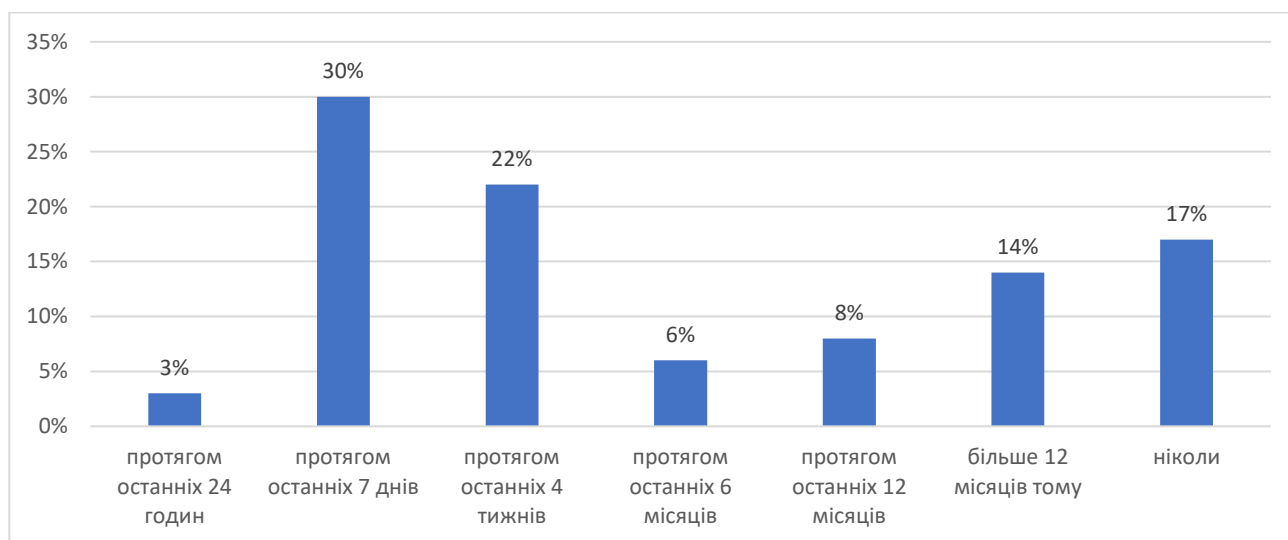


Рисунок 4.3.3.1. Розподіл частоти вживання поперсу серед респондентів, n=100

➤ *«По длительности: попперс — две-три минуты, при этом попперс могут принимать по несколько раз».*

➤ *«Мне кажется, что в сочетании препаратов тоже есть определенные тенденции. Скажем, попперс может сочетаться со всем чем угодно»* (в цьому твердженні респондент продемонстрував хибну думку).

➤ *«При избыточном употреблении попперса человек теряет сознание, он отрубается, наступает акроцианоз. У него синеют ногти. [...] То есть есть внешние признаки, по которым об этом [передозировке] можно судить».*

4.3.4. Екстазі.

Досвід вживання екстазі є у 76% вибірки (див. рис. 4.3.3). Застосовується переважно перорально (70 випадків), однак можливе й назальне вживання (2 випадки серед респондентів). Є менш розповсюдженим, ніж, наприклад, амфетамін, головним чином — через вищу ціну та обмежений доступ.

Жоден респондент не вживав екстазі протягом останньої доби та лише 7% вживали його протягом останнього тижня. При цьому 30% та 29% застосовували препарат протягом останнього місяця та півроку відповідно (див. рис. 4.3.4.1).

Тривалість дії екстазі — півтори-дві години, однак це може варіюватися залежно від дозування та складу таблетки. Може комбінуватися майже з усіма видами наркотиків та слабким алкоголем.

➤ *«Что касается экстази – да. Он прекрасно совмещается практически с чем угодно».*

Проблема екстазі полягає в тому, що часто склад таблетки не відповідає очікуванням щодо чистоти та якості, що може призводити до негативних наслідків на кшталт передозування чи неочікуваних побічних ефектів.

➤ *«Экстази уже подороже могут быть и не такие доступные. Экстази не все могут себе позволить, потому что не знают, что конкретно находится в этой таблетке. По содержанию там должен быть MDMA, но, к сожалению, в последнее время в экстази очень мало MDMA. Это может быть всё что угодно. От этого может жутко болеть голова».*

➤ *«От экстази может быть такое... Человек испугается, будет кружиться голова... Нужно сказать: “Всё хорошо, всё будет нормально, расслабься, почувствуй свои руки, свое тело”. И человек успокаивается, от него страх уходит... Поддержка важна. Одному не рекомендуется, где бы это ни было».*

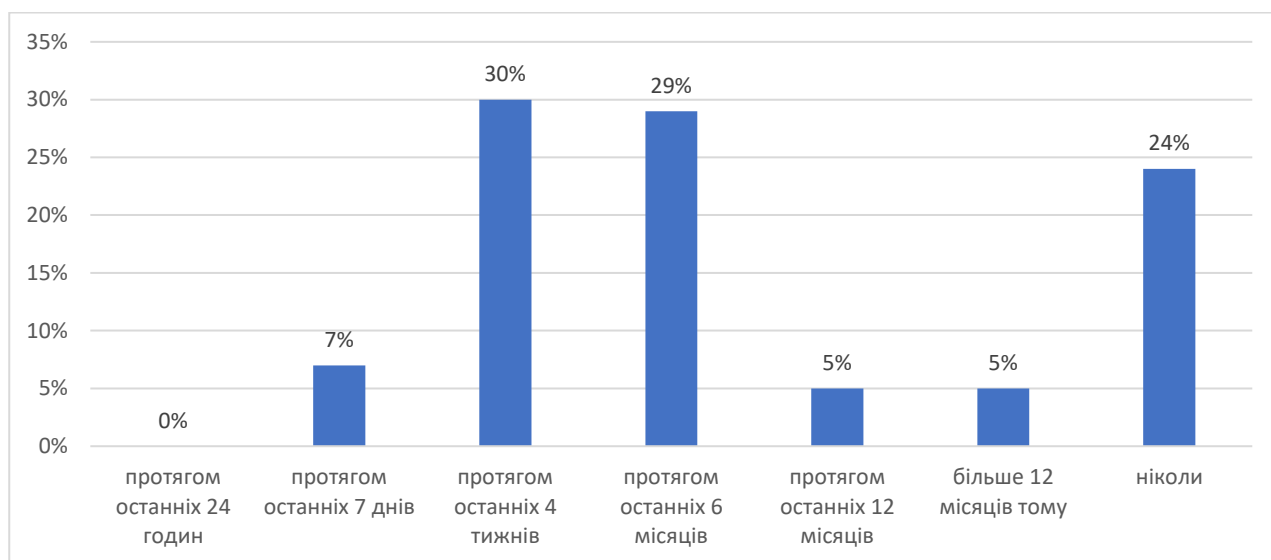


Рисунок 4.3.4.1. Розподіл частоти вживання екстазі серед респондентів, n=100

4.3.5. MDMA.

MDMA вживали 64% опитаних (див. рис. 4.3.3). Основний шлях застосування — пероральний (зазначили 52 респонденти), однак може бути й назальним (11 випадків).

Ніхто з опитаних не застосовував MDMA протягом останньої доби, однак 2% вживало речовину протягом останнього тижня, 11% — останнього місяця, а третина (31%) — протягом останніх шести місяців (див. рис. 4.3.5.1).



Рисунок 4.3.5.1. Розподіл частоти вживання MDMA серед респондентів, n=100

MDMA не є дуже поширеним серед ЧСЧ внаслідок його важкодоступності та високої вартості, однак ті респонденти, яким доводилося вживати цю речовину, відгукуються про неї переважно позитивно, адже, на відміну від екстазі, MDMA є більш якісним продуктом, що сприяє інтенсивності та передбачуваності його ефекту.

➤ *«MDMA ... Но его не найти и он дорогой достаточно. Один грамм стоит 2000 гривен. И один грамм на пять человек если разделить, то это часа на три-четыре».*

➤ *«Это был амфетамин, MDMA в виде таблеток и в виде порошка, потом к этому добавилась “кислота”. [...] Просто колеса всегда были разных видов... Ну, это MDMA-содержащие всякие препараты. Всякие там экстази... Это же может быть всё что угодно. Там, говорят, и кокаин, и героин подкладывают...»*

➤ *«Я в первый раз попробовал MDMA — вот именно не экстази, а MDMA — это была не секс-вечеринка, а клуб — то, конечно, это был такой эффект, что просто непередаваемо. Я на себя посмотрел по-другому, на людей...»*

Утім, можуть виникати й негативні наслідки: наприклад, відносно нетривалий депресивний стан (тривалістю до кількох днів після вживання) або серйозніша проблема — так званий «серотоніновий провал» (стан, ознаками якого є загальмованість, апатія, нездатність до вольової концентрації тощо), який, однак, є не настільки відчутним, як унаслідок різкого припинення регулярного вживання амфетаміну.

➤ *«Экстази не все могут себе позволить, потому что не знают, что конкретно находится в этой таблетке. По содержанию там должен быть MDMA, но, к сожалению, в последнее время в экстази очень мало MDMA. Это может быть все что угодно. От этого может жутко болеть голова и начнутся страшные головные боли...»*

Тривалість дії MDMA — три-чотири години; застосовуватися він може кілька разів на добу. На відміну від деяких інших, ця речовина вживається переважно саме для хімсексу. КІ зазначили, що MDMA може впливати на особливості сексуальної поведінки споживача, зменшуючи ймовірність використання ним презерватива.

➤ *«А вот MDMA и бутират — наверно, пару раз [за ночь будут употреблять]. Может, два-три раза, зависит от того, на сколько вечеринка затягивается».*

➤ *«Не проводил исследование, но мое мнение, что использование бутирата, MDMA может повысить шансы отказа от средств защиты».*

КІ не змогли дійти консенсусу стосовно того, чи можна MDMA вживати з алкоголем. Так, деякі відповідали на запитання ствердно, у той час як інші — заперечно.

➤ *«Не совмещаются с алкоголем, противопоказано. MDMA также».*

➤ *«Тоже можно со слабым алкоголем. Это шампанское или пиво. Его бросают в пиво, выпивают. Это называется “румынский экстази”. На дискотеке очень хорошо».*

Опитані повідомили про випадки комбінування MDMA з марихуаною, амфетаміном, кокаїном, поперсом, мефедроном та віагрою.

4.3.6. ЛСД.

Досвід вживання цієї психотропної речовини мають 52% опитаних (див. рис. 4.3.3). Частка респондентів, які вживали ЛСД протягом останнього місяця, є незначно — 8%; натомість більшість вживала ЛСД протягом останніх шести місяців (21%) або понад рік тому (16%) (див. рис. 4.3.6.1). Основний спосіб вживання ЛСД — пероральний.

Цікавими є розходження думок респондентів стосовно ефекту ЛСД. Так, одні зазначали, що особливість цієї речовини полягає в непередбачуваності поведінки споживача, через що за людиною під впливом ЛСД необхідно наглядати, у той час як інші дотримуються думки, що це цілком безпечний наркотик.

- *«У нас был один экспертно-профессиональный разговор, что первое употребление ЛСД может совершенно непредвиденный эффект вызвать. Например, он может “выйти” из окна. То есть рядом должен быть человек, который это контролирует».*
- *«Психологического никакого особого воздействия. Как по мне, так один из самых безопасных наркотиков. Более управляемый и дружелюбный, чем грибы».*

КІ повідомляли, що навіть тривале вживання ЛСД не спричиняє залежності.

- *«От экстази и ЛСД вообще невозможно стать зависимым».*

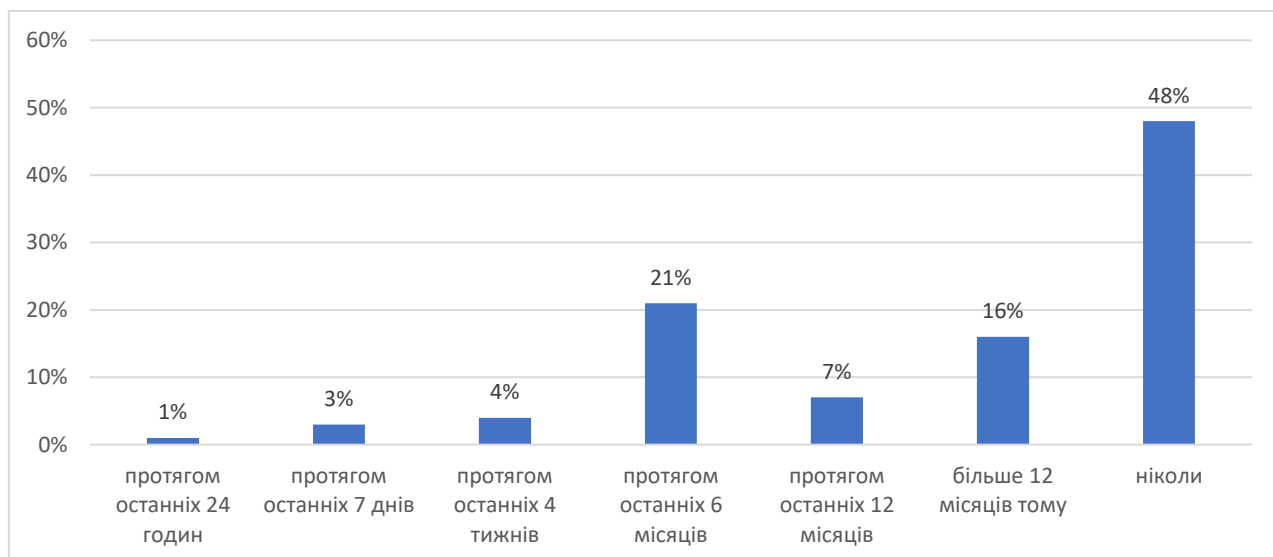


Рисунок 4.3.6.1. Розподіл частоти вживання ЛСД серед респондентів, n=100

4.3.7. Оксibuтират (ГОМК).

Частка респондентів із досвідом вживання оксibuтирату становить 48%, (див. рис. 4.3.3). Жоден опитаний не вживав речовину протягом останньої доби, однак 12% розповіли, що мали такий досвід протягом останнього тижня, 8% — останнього місяця, 11% — останніх шести місяців, а 7% — останнього року (див. рис. 4.3.7.1).

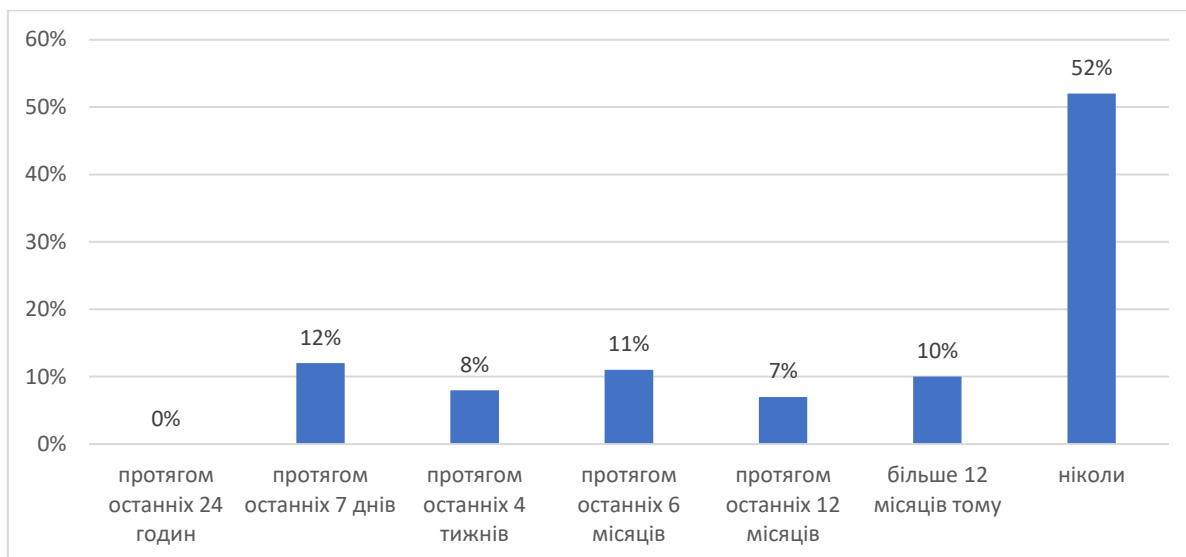


Рисунок 4.3.7.1. Розподіл частоти вживання оксibuтирату серед респондентів, n=100

Вживання оксibuтирату невеликими дозами чинить розслаблюючу дію, викликає відчуття розкутості, ейфорії, посилює тактильне чуття та оргазм. Середня доза становить 1,5-2 мл; вживається переважно перорально (46 випадків), однак можливим є й ін'єкційний шлях (2 згадування). Середня тривалість дії — від 0,5 до 1,5 годин. Може вживатися неодноразово протягом нетривалого проміжку часу (втім, повторну дозу рекомендується приймати не раніше, ніж за дві години після попередньої).

Використовується оксibuтират переважно для сексу, через що часто буває доступний на секс-вечірках. Його поширеності також сприяє відносно невелика вартість та доступність.

Оскільки оксibuтират виявляє релаксуючі та снодійні властивості, існують випадки його одночасного застосування з такими психотропними речовинами, як амфетамін та метамфетамін. До того ж, надважливе значення має правильне дозування, неперевищення рекомендованої дози. Передозування оксibuтиратом характеризується втратою свідомості та судомами, внаслідок чого виникає можливість захлинутись власною блювотою.

Категорично виключається одночасне застосування оксibuтирату з алкоголем, оскільки наслідки можуть бути смертельними.

- *«Для секса ничего более подходящего, чем оксibuтират, нет».*
- *«Оксibuтират еще опасен тем, что ни в коем случае нельзя употреблять с алкоголем, потому что человек просто вырубается и может захлебнуться рвотными массами».*

Цікавим видається досвід вживання оксibuтирату разом із енергетиками («Red Bull», «Burn» тощо) з наміром компенсації релаксуючого та снодійного ефекту речовини.

- *«Очень классная штука его мешать с Red Bull или Burn. Поскольку это энергетик, а бутират — это же немного с седативным эффектом, то это как бы помогает. Ну, конечно, нужно учитывать, что это энергетик и он заводит сердце. Но с бутиратом, мне кажется, это не особо опасно, как если бы бутират с кофе, с фенем, водкой и так далее [принимать]».*

4.3.8. Інші хімічні речовини.

Оскільки інші наведені в дослідженні хімічні речовини менш поширені серед вибірки та рідше згадуються ключовими інформантами, детальну інформацію щодо них виділити дещо складніше. З огляду на це коротко розглянемо їх у цьому підрозділі.

Як бачимо з Таблиці 4.3.8.1, речовини, які вживаються переважно ін'єкційно, розташовані на нижньому полюсі переліку наркотичних речовин. Це відповідає наведеним вище даним щодо поширеності ін'єкційних наркотиків серед вибірки.

➤ «Тут и считать нечего. Я в Украине не знаю ни одного человека [из числа МСМ], который употреблял бы инъекционные наркотики. А знаю я большое количество людей...»

Таблиця 4.3.8.1

Розподіл хімічних речовин за часткою респондентів, які вживали їх принаймні раз за життя, та основний шлях їх вживання

Назва речовини	Частка респондентів, що мають досвід вживання речовини, n=100	Основний шлях вживання
Псилоцибін (гриби)	42%	пероральний
Кокаїн	37%	назальний
Віагра, сіаліс, левітра	37%	пероральний
Метамфетамін	31%	назальний
Мефедрон («мяу-мяу»)	30%	назальний
Седативні засоби	25%	пероральний
Кетамін	13%	ін'єкційний та назальний
Опіати	7%	ін'єкційний
Героїн	4%	ін'єкційний, пероральний та куріння

Як бачимо в нижній частині розподілу (див. табл. 4.3.8.2), частка респондентів, які вживали ті чи інші речовини протягом останньої доби чи тижня, є значно меншою в порівнянні з тими наркотиками, що розглядалися в попередніх підрозділах. Натомість у багатьох випадках найбільше респондентів зосереджується в графі «більше 12 місяців тому», що вказує на відхід від вживання цих речовин або навіть на їх одноразове вживання.

Таблиця 4.3.8.2

Розподіл частоти вживання хімічних речовин серед респондентів, n=100

Назва речовини	Вживалася...						
	протягом останніх 24 годин	протягом останніх 7 днів	протягом останніх 4 тижнів	протягом останніх 6 місяців	протягом останніх 12 місяців	більше 12 місяців тому	ніколи
Псилоцибін (гриби)	-	2%	4%	14%	7%	15%	58%
Кокаїн	-	2%	8%	10%	4%	13%	62%
Віагра, сіаліс, левітра	1%	11%	17%	4%	3%	1%	63%
Метамфетамін	-	3%	7%	9%	4%	8%	69%
Мефедрон («мяу-мяу»)	-	4%	14%	8%	1%	3%	69%
Седативні засоби	5%	5%	5%	5%	3%	2%	75%
Кетамін	-	-	-	3%	2%	8%	87%
Опіати	-	-	1%	-	-	6%	93%
Героїн	-	1%	-	-	-	3%	96%

Висновки розділу:

- середній вік першого знайомства з наркотиками по вибірці становить 17 років. Переважно це відбувалося шляхом куріння (55%); дві головні причини першого вживання — інтерес (79%) та вплив оточення (47%); як правило, перше вживання не було пов'язане з сексуальними мотивами;

- інтерес залишається головною причиною і для подальшого (поточного) вживання хімічних речовин (48%), проте на другому місці в цьому випадку — прагнення зняти стрес та подолати невпевненість у собі (46%); крім того, за подальшого вживання на передній фон виходять сексуальні мотиви: підняти рівень сексуального контакту (40%), активізувати фізичну сексуальну енергію (25%) та підвищити рішучість під час сексуального контакту (17%), які майже не згадувалися серед причин першої спроби наркотиків;

- 88% вибірки не має досвіду вживання хімічних речовин ін'єкційним шляхом;

- найчастіше опитані отримують хімічні речовини від друзів та знайомих (64%);

- вельми велику поширеність мають практики комбінації різних хімічних речовин або їхнє поєднання з алкоголем — про наявність такого досвіду повідомили 87% та 91% опитаних відповідно;

- найпоширенішими за вживанням серед вибірки є марихуана (99%), амфетамін (85%), поперс (83%), екстазі (76%) та MDMA (64%); наркотиком, вживання якого найменше асоційоване з сексом, є марихуана.

Розділ 5. Сексуальне життя та сексуальна поведінка.

5.1. Історія та стиль сексуального життя ЧСЧ.

Гайд, за яким проводилися глибинні інтерв'ю з ЧСЧ, містив у собі запитання про вік та обставини першого сексуального досвіду інформантів із чоловіками (ідеться про вік самих респондентів, а не вік їхніх партнерів). Отримані відповіді суттєво різнилися: так, деякі з респондентів вказали, що це сталося у віці шести-восьми років, причому частина з них позначили цей досвід як «несвідомий», доповнивши свою відповідь розповіддю про більш пізні сексуальні контакти.

➤ *«Первый сексуальный опыт был где-то в детстве, около шести лет, с моим соседом. Это было дома. Ему тоже было шесть лет. Это такой первый опыт. Более сознательный был уже в четырнадцать лет, а партнеру было где-то двадцать два или двадцать три».*

➤ *«Да, наверное, лет в шесть, мальчику было лет восемь-девять, так что получается, что первый опыт лет в шесть. [В более осознанном возрасте] ближе к двадцати».*

Інші респонденти зазначали, що одностатевий сексуальний дебют відбувся в діапазоні від раннього (11–12 років) до пізнього (16–17 років) пубертатного віку. Лише один інформант зазначив, що його перший сексуальний контакт із чоловіком відбувся в двадцятирічному віці.

Говорячи про обставини перших сексуальних контактів ЧСЧ, з якими було проведено глибинні інтерв'ю, неможливо виділити якийсь один чи навіть кілька типових сценаріїв. Так, один інформант повідомляє, що його перший сексуальний досвід відбувся в місці для знайомств з чоловіками, в той час як інший розповідає про петтинг з братом однокласниці у себе вдома.

➤ *«Это скорее период ещё неосознанной гомосексуальности. Это было [мне], наверное, лет двенадцать или тринадцать. Это был ещё период гиперсексуальности, когда происходят эксперименты между подростками. Мне было, наверное, лет тринадцать, ему — двенадцать. [...] И через какое-то время мы оказались на полу, как раз никого не было из родителей дома... Начался петтинг... Это был секс без проникновения анального, это был оральный секс, обоюдный».*

Цікавими є те, що аж двоє респондентів розповіли про те, що їхні перші сексуальні контакти відбулися в одному випадку з двоюрідним братом, а в іншому — з рідним, причому в обох ситуаціях брати були на кілька років старшими від інформантів.

➤ «По всей видимости, еще раньше был, не уверен, что это сексуальный опыт, с двоюродным братом».

➤ «Самый первый мой партнер — это был мой родной брат. Мы жили у бабушки и у дедушки. Мой брат старше меня на четыре года. Он где-то высмотрел в телевизоре видео с тремя иксами и мне предложил повторить всё, что там показывается. Естественно, у нас получился акт... [...] Это очень больно было, очень неприятно, и после этого у меня то ли отвращение к брату, то ли ненависть какая-то».

Кількісний бік дослідження дає змогу оцінити поширеність практик анального сексу з тими чи іншими категоріями сексуальних партнерів. Так, про наявність досвіду інсертивного анального сексу з випадковим партнером протягом останніх шести місяців зазначили 65% опитаних (n=100), у той час як той самий показник для рецептивних контактів становить 54%. Дещо рідше повідомлялося про анальний секс із постійними партнерами за останні шість місяців — 51% у випадку інсертивних контактів та 47% — рецептивних. Це може пояснюватися тим, що не всі респонденти мають чи мали постійного сексуального партнера протягом останніх шести місяців.

Про те, що останній інсертивний чи рецептивний сексуальний контакт відбувся в умовах групового сексу, зазначили 30% та 21% респондентів відповідно. Незначною була кількість повідомлень про наявність протягом останніх шести місяців сексу, за який респондент отримував грошову нагороду (7% та 9% для інсертивних та рецептивних контактів відповідно) або платив сам (по 2% для обох видів контактів) (див. рис. 5.1.1).

➤ «Это было ещё до Киева. [...] Я только начал познавать эту культуру. Я не знал, как это всё происходит, и я был вообще не научен. И я начал заниматься таким, что мне платили за удовольствие, которое я тоже получаю. И я немного втянулся. Мне это понравилось. Маленький возраст, и ты ещё и деньги получаешь — прикольно. Я до конца это совершенно не понимал. Таких случаев было очень много. Людей пятьдесят точно было».

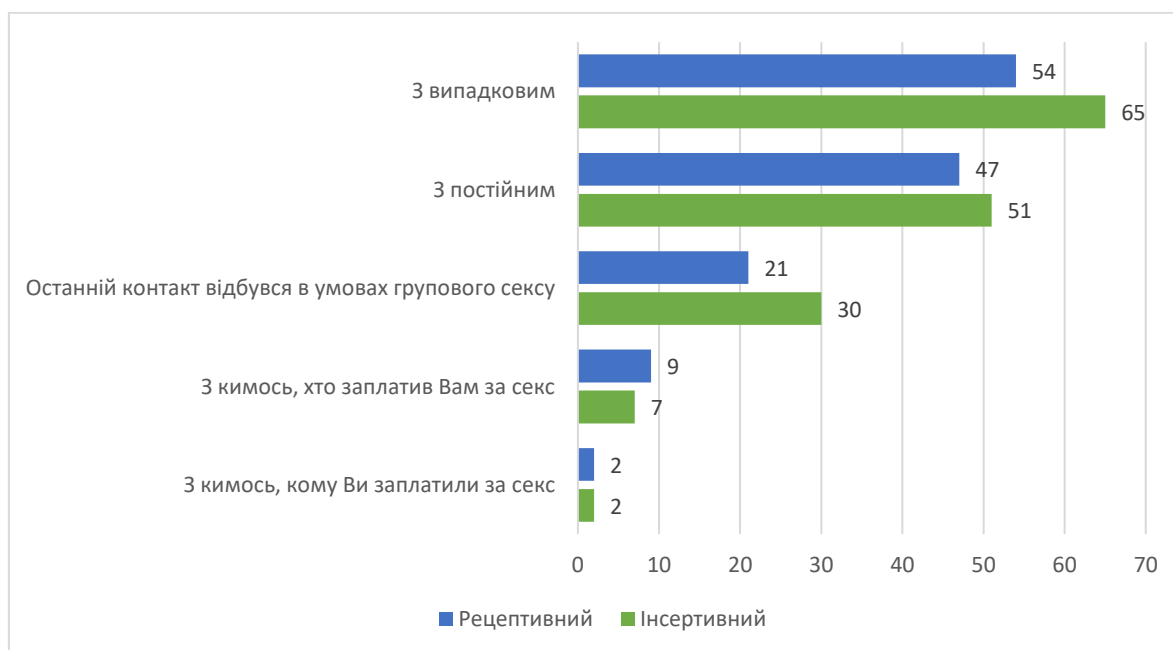


Рисунок 5.1.1. Частота позитивних відповідей на запитання «З якими партнерами Ви мали анальний секс протягом останніх шести місяців?», n=100

Ситуація з використанням презерватива серед респондентів неоднозначна. З одного боку, більшість опитаних засвідчила відносну прихильність захищеному сексові: 57% опитаних за останні півроку практикували анальний секс із презервативом завжди (29%) або в більшості випадків (28%). Водночас, абсолютна більшість опитаних (70%) за останні шість місяців мали випадки анального сексу без презерватива: зокрема, п'ята частина опитаних (21%) повідомила, що презерватив використовувався

лише в половині їхніх анальних контактів, десята частина — що презерватив використовувався ними або їхніми партнерами в спільному анальному сексі *рідко* (9 %) або *ніколи* (5 %). Отримані дані не дозволяють робити загальних висновків про частоту застосування презерватива в анальних контактах як такої, оскільки опитування не містило питань про кількість випадків анального сексу, однак очевидно, що значна частина ЧСЧ, яка практикує хімсекс, використовує при відповідних анальних контактах презерватив лише епізодично. При цьому всі учасники глибинних інтерв'ю визнали, що в якийсь момент життя мали незахищений анальний секс, інколи — навіть знаючи про ВІЛ-позитивний статус свого сексуального партнера. Серед опитаних 68 % займалися незахищеним анальним сексом принаймні один раз за останні шість місяців.



Рисунок 5.1.2. Розподіл відповідей на запитання «Як часто Ви використовували презерватив під час анального сексу з чоловіком протягом останніх шістьох місяців?»⁷, n=100

Лише третина (32%) опитаних повідомила, що їм був відомий ВІЛ-статус їхнього останнього партнера (або всіх останніх партнерів у випадку групового сексу) на час самого сексу; ще чверть (25%) знали статус деяких останніх партнерів (це стосується тієї категорії респондентів, у яких останній секс був груповим), а 43% — не знали ВІЛ-статусу того партнера чи тих партнерів, з яким чи якими мали останній секс. З числа 32-х респондентів, яким відомий статус останнього партнера (останніх партнерів), лише двоє тих, хто знав, що цей статус — позитивний; з числа тих 25-ти, які знали статус *деяких* останніх партнерів, немає жодного, кому було б відомо про *позитивний* статус когось із їхніх останніх партнерів (див. табл. 5.1.1). Із цього можна зробити висновок, що **ЧСЧ більш повідомляти сексуальним партнерам про те, що їхній ВІЛ-статус є негативним (незалежно від того, чи відповідає це дійсності)**. Крім того, згідно з результатами глибинних інтерв'ю, ЧСЧ, які не знають ВІЛ-статусу свого партнера чи партнерів, припускають, що ті й самі можуть його не знати.

➤ «Думаю, що он и сам особо не знает. Он не проверялся».

Таблиця 5.1.1

Розподіл відповідей на запитання «Чи знаєте Ви ВІЛ-статус Вашого останнього сексуального партнера або партнерів у тому разі, якщо останній секс був груповим?»⁷, n=100

Варіант відповіді	%
Знаю ВІЛ-статус партнера або всіх партнерів	32

⁷ Певним обмеженням інтерпретації отриманих відповідей є формальна логіка: презерватив використовує той, хто вдягає його на пеніс. Це означає, що рецептивні партнери могли особисто *не використовувати* презерватив, хоча їхні анальні контакти відбувалися з презервативом, бо використання виступало функцією їхніх інсертивних партнерів.

Варіант відповіді	%
<i>Він негативний</i>	30
<i>Хоча б у одного партнера він позитивний</i>	2
Знаю ВІЛ-статус деяких партнерів	25
<i>Він негативний</i>	25
<i>Хоча б у одного партнера він позитивний</i>	-
Не знаю його або їхніх ВІЛ-статусів	43

Більшість опитаних респондентів протягом останніх шести місяців завжди (29%) або майже завжди (28%) використовували презерватив під час анального сексу незалежно від того, чи вживалися до або під час сексу хімічні речовини, однак частка тих, хто використовував презерватив у менш ніж половині випадків, все одно є високою та складає трохи менше половини (42%) (див. рис. 5.1.2).

➤ *«Конечно. Очень много запуганных людей, которые даже не проверялись еще на ВИЧ. Многие не знают о своем статусе. Те, кто без презервативов предлагают секс, то понятно, что они сидят на терапии. Но если совсем уже конченные наркоманы, то я считаю, что эту вечеринку нужно срочно покинуть».*

➤ *«Во всяком случае, я всегда использую презерватив, независимо от того, связано это с живым человеком или игрушками — в любом случае это презервативы».*

Серед підвибірки, яка протягом останніх шести місяців практикувала груповий секс, завжди користувалися презервативом 20 респондентів, майже завжди — 10, в половині випадків — 3, а інколи, зрідка або ніколи — по 2 індивіди.

Крім того, 17% респондентів розповіли, що протягом останніх шести місяців у них траплялися випадки зісковзування або порушення цілісності презерватива, 35% продовжували сексуальний акт після зняття презерватива, а 47% — починали, вдягаючи його згодом (див. рис. 5.1.3). Обмеженням цієї інтерпретації є різне розуміння респондентами поняття «сексуальний акт»: якщо для одних це суто період, під час якого здійснюються анальні фрикції, то інші можуть розуміти акт ширше — як усю сукупність сексуальних дій, включно, наприклад, з оральним компонентом сексуального акту.

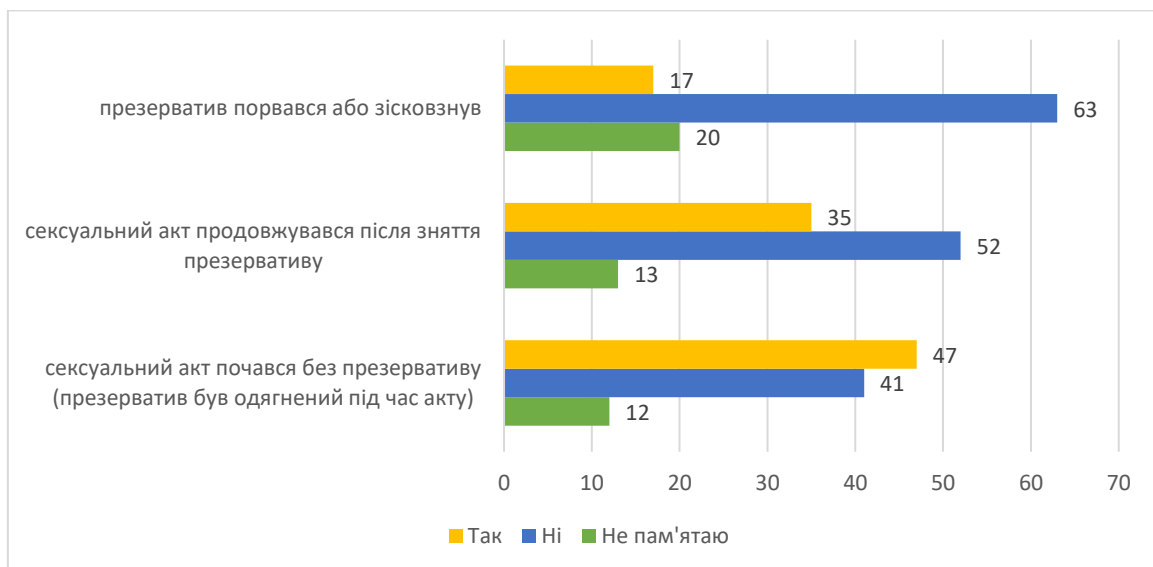


Рисунок 5.1.3. Частота позитивних відповідей на запитання «Чи траплялися у Вас за останні шість місяців випадки, коли під час сексу з чоловіком...», n=100

Деякі учасники глибинних інтерв'ю розповіли, що намагаються користуватися презервативами із випадковими сексуальними партнерами та зовсім не користуються — з постійними. При цьому більшість інформантів визнала, що саме вони є ініціаторами використання презерватива; менша частина

повідомила, що для них не має значення, хто виступає ініціатором, оскільки вони завжди або майже завжди самі користуються презервативами. Водночас респонденти повідомляють про поширену в спільноті тенденцію використовувати презерватив під час анального сексу та зовсім не використовувати — під час орального.

➤ *«Если я вообще не знаю человека и если мне необходим анальный секс, то я, конечно, презерватив использую, а если это только оральный секс, то даже мне предложат — я не буду. Оно не доставляет ни удовольствия, ничего».*

Основним каналом пошуку сексуальних партнерів за останні шість місяців респонденти назвали віртуальний простір, а саме: спеціальні додатки для смартфонів та планшетів (89%), інтернет-сайти знайомств (59%) та соціальні мережі (44%) (див. рис. 5.1.4).

Про популярність віртуальних каналів пошуку сексуальних партнерів серед ЧСЧ також свідчать результати глибинних інтерв'ю:

➤ *«В интернете. Сайты знакомств. Qguys, BlueSystem, Вконтакте, PlanetRomeo... может, еще что-то».*

➤ *«В интернете, в разных чатах, на разных сайтах знакомств, [в] клубах....Ну, там что раньше было... Qguys, Мамба, BlueSystem, Bizarre, Hornet, Grindr...»*

➤ *«Преимущественно Hornet, Grindr. Иногда, бывает, пишут в Facebook, но это редко. Раз в полгода где-то пишет кто-то какое-то предложение».*

Крім того, популярним місцем для знайомств залишаються клуби та вечірки (54%). 21% шукають партнерів через друзів та знайомих, натомість варіант «на плешках» обрали всього 2% опитаних.

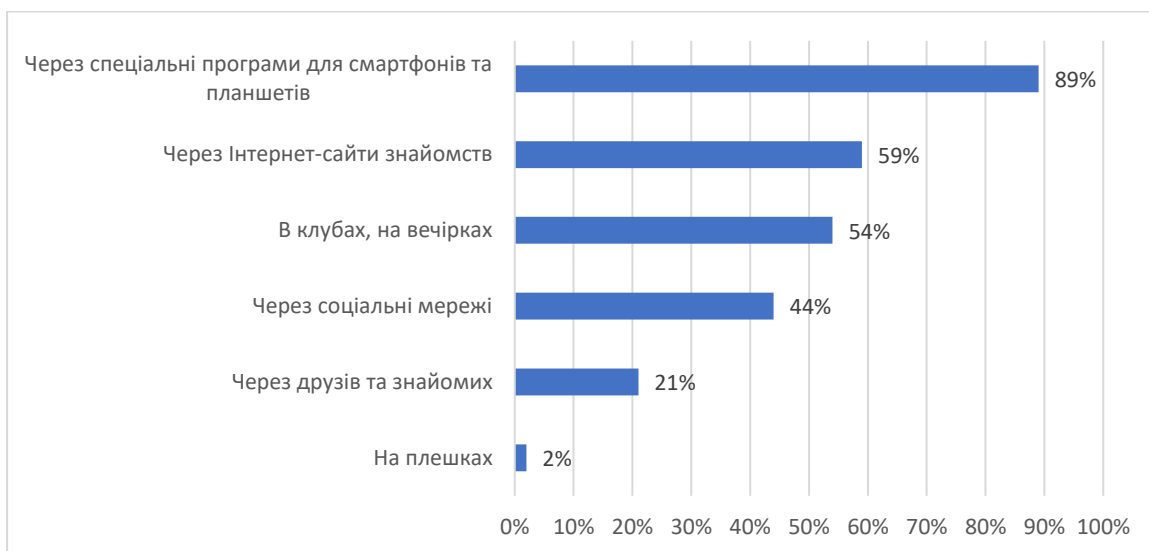


Рисунок 5.1.4. Розподіл позитивних відповідей на запитання «Як саме протягом останніх шести місяців Ви шукали сексуальних партнерів-чоловіків?», n=100

➤ *«Ну и в заведениях типа сауна или клуб. Ну и поскольку я работаю в клубе, то там часто встречаются потенциальные партнеры, с которыми происходит секс уже после работы и иногда даже во время работы».*

➤ *«Клубы... в Днепропетровске — “Буржуй”, “Модест” в Запорожье, “Lift”, “Помада”, “Андрогин”...» (хочемо зазначити, що деякі названі заклади припинили своє існування задовго до дослідження, зокрема, клуб «Андрогін» припинив працювати в березні 2014 року).*

➤ *«Мобильные приложения или знакомые знакомых. Иногда бывает, что ты приходишь на вечеринку, и там одни геи представляют тебя другим, и вот так вот завязывается».*

➤ *«Это лучше всего, когда знакомишься лично, глаза в глаза. В компаниях... [...] По интернету не так часто [знакомлюсь], потому что в интернете люди закрыты... Я не люблю*

такие переписки долгосрочные. Мне проще где-нибудь там в клубе или лично. [...] Когда гуляю, то без этого [посещения плешек и Гидропарка] не бывает... Когда проходишь мимо и видишь все это безобразие, которое вызывает интерес... Я не хожу туда регулярно, но два раза в этом году был. Один раз удачно».

Згідно з повідомленнями учасників глибинних інтерв'ю, пошук сексуальних партнерів відбувається досить часто, але ця частота у кожного індивідуальна та варіюється від декількох разів на тиждень до декількох разів на місяць.

➤ *«Как часто? Если абстрагироваться от работы и использовать вот эти электронные системы знакомства, то, наверное, это не чаще чем раз в неделю. В среднем. Потому что иногда бывает три раза в неделю, а иногда — раз в месяц».*

У більшості випадків на частоту пошуку нових сексуальних партнерів впливає наявність постійного партнера або партнерів, оскільки в такому разі потреба в пошуку нових сексуальних партнерів зменшується:

➤ *«У меня намного ниже тогда потребность в поиске партнера».*

➤ *«Влияет, потому что у меня нет интереса к другим партнерам, потому что этот удовлетворяет во всех планах и нет желания искать кого-то другого, нового».*

➤ *«Я когда в отношениях, то со случайными партнерами у меня редко происходит секс. Не часто. У меня в приоритете наши отношения, и все остальное, как правило, не удерживается».*

Водночас пара постійних партнерів можуть спільно шукати третього для сексу втрех:

➤ *«Да, групповой секс втроем. [...] Просто когда мы не дома, мы не связаны домашним бытом, плюс мы живем в пригороде, и там достаточно сложно, даже имея возможность, пригласить кого-то к себе. Что касается “почему” и цели, это, собственно, разнообразие, реализация того, что нельзя сделать вдвоем».*

Під час зустрічей з новими сексуальними партнерами перевага надається нейтральним локаціям на кшталт закладів дозвілля, помешкань спільних друзів та знайомих; при цьому самі сексуальні контакти відбуваються переважно вдома — частіше на території інформанта, аніж його партнера, що пояснюється почуттям безпеки та комфорту від перебування на власній території.

➤ *«Я люблю принимать на своей территории, потому что мне комфортно. Но исходя из вопросов безопасности и разумности, мы обычно встречаемся на нейтральной территории. Если контакт какой-то произошел, то мы двигаемся к кому-то — к нему или ко мне, но чаще всего ко мне».*

➤ *«Сразу я их домой не веду. [...] Как получится [— к нему или ко мне]. Но вообще старался для начала на какой-то нейтральной территории встретиться, чашку кофе выпить, а потом, через тридцать минут, можно и ко мне».*

Однак деякі респонденти розповідали і про випадки сексуальних контактів у місцях попереднього знайомства (клуби, вечірки тощо); іншим сценарієм розвитку подій може бути винаймання номеру в готелі або квартири.

➤ *«Чаще всего у себя, в своей квартире, но если это клуб, то это прямо в клубе — или куда-то на нейтральную территорию».*

➤ *«Там, где для секса созданы максимально комфортные условия, потому что, например, в гей-клубе возможность заняться сексом — это только два места. Это даркрум, если он есть, и туалетные [комнаты], уборные, которые надолго не займешь».*

12% респондентів зазначили, що вони були жертвами дій сексуального характеру без їхньої на те згоди.

5.2. Вплив хімічних речовин на сексуальну поведінку. Поведінка ЧСЧ до, під час, після хімсексу.

Оскільки певні хімічні речовини можуть мати негативний вплив на стан ерекції індивіда, в деяких випадках можуть вживатися додаткові легальні стимулюючі препарати, спрямовані на уможливлення здійснення статевого акту в активній ролі. Серед опитаних про вживання подібних препаратів протягом останніх шести місяців повідомив 31 респондент. Зокрема 11 з них згадало такий препарат, як сіаліс, 3 — левітру, 9 — еротон, 2 — камагру, а також екстракт женьшеню та «дракон».

Як уже зазначалося в попередньому підрозділі, частка респондентів, яка мала принаймні один досвід незахищеного сексу протягом останніх шести місяців, є доволі високою. Порівнюючи ці показники з відповідями на запитання про частоту використання презервативу під час хімсексу, бачимо схожу картину: 26% респондентів використовували презерватив завжди, 30% — в більшості випадків, 21% — у половині випадків, 6% — інколи, 8% — зрідка, а 5% — жодного разу (див. рис. 5.2.1).

При цьому 49% респондентів зазначили, що в їхньому досвіді траплялися випадки, коли вони планували використовувати презерватив, але після вживання наркотичних речовин цього не робили. Із них 26 опитаних пояснили це тим, що не надали цьому аспектові особливого значення, 14 — відсутністю бажання використовувати презерватив, 8 — проханням партнера та лише 1 — фізичною нездатністю вдягнути презерватив.

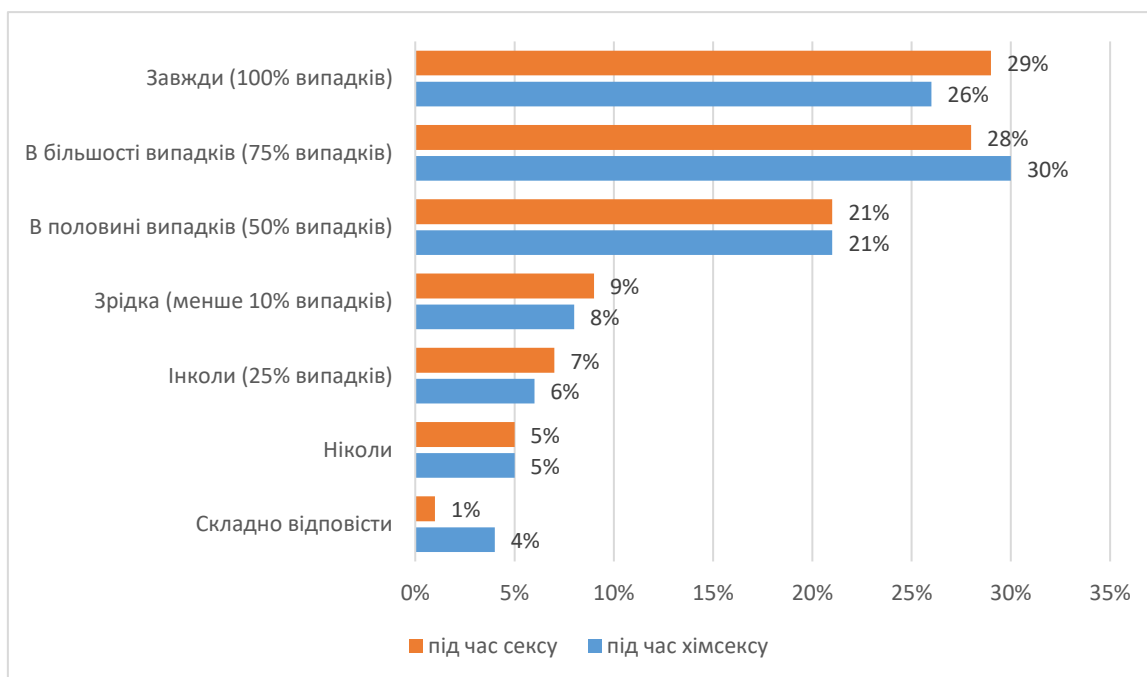


Рисунок 5.2.1. Порівняння відповідей на запитання «Як часто Ви використовували презерватив під час анальних сексуальних контактів із партнерами-чоловіками протягом останніх шести місяців?», $n=100$

Учасники заходів, на яких може відбуватися масове вживання хімічних речовин, не обговорюють питання ВІЛ-статусу та наявності або відсутності у їхніх партнерів захворювань, які передаються статевим шляхом, заздалегідь. При цьому використання презервативу залежить безпосередньо від кожної конкретної особи. Деякі інформанти впевнені, що невикористання індивідом презервативу під час анального сексу свідчить про його позитивний ВІЛ-статус та перебування на АРТ.

➤ «Никто ничего об этом не знает. Если поднималась эта тема, то говорилось, что есть люди с ВИЧ-статусом, но они употребляют АРТ и у них вирусная нагрузка нулевая и это не страшно — с ними занимается сексом; есть люди, которые говорят о том, что есть доконтактная профилактика, и они где-то достают ее и не боятся инфицирования, бывает, что люди рассуждают так: что есть люди, которые ВИЧ-позитивны, но это не страшно. [...] Были

люди, которые практиковали секс без презерватива и, по всей видимости, они аргументировали это тем, что есть профилактика. И когда я задавал вопросы, что «Как насчет всего остального помимо ВИЧ?», то отвечали, что все остальное лечится, а ВИЧ тоже, в принципе, можно контролировать».

➤ «[ИППП] тоже никогда не оговаривается, единственное что — если визуально будет видно».

➤ «Вообще свое здоровье МСМ не обсуждают. В лучшем случае десять процентов спрашивают: «У тебя все ок?» — и все. А когда тестировался партнер в последний раз, правда это или нет, этого никто не знает».

Як уже згадувалося в попередніх розділах, інформанти дослідження в цілому схильні погоджуватися з тезою, що вживання хімічних речовин має наслідком збільшення вірогідності незахищеного сексу, у тому числі з незнайомими чи малознайомими партнерами. Наведена нижче таблиця 5.2.1 ілюструє вплив хімічних речовин на використання презервативу під час сексуальних контактів із незнайомими чи малознайомими партнерами. Так, із тих 78 респондентів, що повідомили про свою схильність до використання презервативу під час сексу із незнайомими партнерами, 51 мав досвід незахищеного сексу. Цікавим є те, що з тих 18, що не змогли чітко відповісти, чи схильні вони до використання презервативу із незнайомим партнером, про випадки небезпечного сексу повідомили 14.

Таблиця 5.2.1

Перехресний розподіл схильності використовувати презерватив із незнайомими та малознайомими партнерами та наявності досвіду незахищеного сексу під дією наркотичних речовин, n=100

		Чи траплялися з Вами випадки, коли Ви вступали в сексуальний контакт із незнайомим чи малознайомим партнером, перебуваючи під дією наркотичних речовин, без використання презервативу?			Сума
		так	ні	не пам'ятаю	
Як Ви вважаєте, чи можна сказати, що для вас є звичайним використання презервативу під час сексу з незнайомим чи малознайомим партнером?	так	51%	25%	2%	78%
	ні	3%	1%	-	4%
	не знаю	14%	4%	-	18%
Сума		68%	30%	2%	100%

При цьому 74% респондентів підкреслили, що для них є звичайним використання презервативу й під час хімсексу. Лише 4% опитаних зазначили, що не схильні використовувати презерватив під час сексу із вживанням хімічних речовин, а 22% взагалі відмовилися або просто не відповіли на це запитання.

Згідно з отриманою від інформантів інформацією, основним ефектом від вживання більшості хімічних речовин є стан ейфорії, психологічної та сексуальної розкутості, полегшення спілкування, загострення відчуттів та надмірна балакучість. При цьому індивід зберігає повну або майже повну усвідомленість своїх дій.

➤ «Степень осознанности присутствует, это все же не алкоголь».

Деякі інформанти були переконані, що поведінка людини під дією хімічних речовин значною мірою залежатиме від її повсякденного характеру та стилю життя; крім того, важливу роль у цьому контексті відіграватиме наявність або відсутність попереднього досвіду вживання, а також доза та комбінація речовин.

Переважно інформанти стверджують, що вживання хімічних речовин не призводить до проявів агресії чи насилля — навпаки, поведінка таких індивідів стає більш дружньою та мирною. Насилля на секс-вечірках та в цілому серед людей, що перебувають під дією хімічних речовин, поширеним не є (за винятком попередньо узгодженого).

➤ *«Наоборот, все позитивно настроены. Есть люди, которые не принимали, их видно, они ведут себя даже по-другому. Они менее раскрепощенные, они ведут себя... Они вот могут быть более агрессивными. Или под действием алкоголя, но не под воздействием наркотиков».*

➤ *«Свидетелем агрессивного поведения под воздействием наркотиков я не был вообще. Крайняя откровенность, разговорчивость, болтливость, коммуникабельность. Когда человек расскажет что-то, чего не рассказал бы в обычном состоянии. Это да».*

Висновки:

- вік першого сексуального досвіду з чоловіком серед учасників глибинних інтерв'ю варіюється від шести до двадцяти років; виділити один чи кілька сценаріїв початку сексуального життя не здається можливим;

- практики анального сексу протягом останніх шести місяців були найбільш поширеними із випадковими сексуальними партнерами (54% у випадку рецептивних та 65% — інсертивних контактів), дещо рідше — з постійними (47% — рецептивні та 51% — інсертивні контакти); це може пояснюватися відсутністю в опитаних постійних партнерів;

- понад дві третини (68%) респондентів мали незахищений анальний секс протягом останніх шести місяців; при цьому 43% опитаних не знають ВІЛ-статусу свого останнього сексуального партнера чи партнерів;

- поширеною є практика використання презервативу під час сексу з незнайомим партнером та невикористання — з постійним; крім того, ЧСЧ схильні зовсім не використовувати презерватив під час орального сексу;

- протягом останніх шести місяців завжди використовували презерватив під час анального сексу 29% опитаних, майже завжди — 28%; в умовах хімсексу ця пропорція є подібною — 26% та 30% відповідно; при цьому 17% респондентів повідомили про випадки зісковзування чи порушення цілісності презервативу, 35% — про проведення сексуального акту після його зняття, а майже половина (47%) починала займатися сексом, вдягаючи презерватив лише згодом;

- основним каналом знайомств серед опитаних є віртуальний простір: спеціальні додатки для смартфонів та планшетів (89%), Інтернет-сайти знайомств (59%) та соціальні мережі (44%); частота пошуку варіюється від індивіда до індивіда, однак сильний вплив чинить наявність або відсутність у нього постійного сексуального партнера; при цьому двоє постійних партнерів можуть здійснювати пошук третього, випадкового, з ціллю групового сексу;

- як правило, знайомство для сексу відбувається на нейтральній території, однак сам контакт частіше здійснюється в місці проживання респондента або його партнера;

- 12% опитаних ставали жертвами дій сексуального характеру без їхньої на те згоди;

- третина (31%) респондентів має досвід вживання хімічних речовин разом із стимулюючими препаратами;

- 49% опитаних пригадали випадки, коли вони планували використовувати презерватив, однак після вживання хімічних речовин не стали цього робити; переважно респонденти пояснювали це тим, що просто не надали питанню безпечного сексу значення;

- інформанти зазначили, що серед ЧСЧ існує тенденція не обговорювати питання ВІЛ-статусу та ПСШ;

- із тих 78 респондентів, які повідомили, що для них є звичайним використання презервативу з незнайомими або малознайомими партнерами, 51 мали незахищений секс під дією наркотиків; крім того, 74 опитаних зазначили, що для них є звичайним використання презервативу й під час хімсексу;

- інформанти дослідження були схильні погоджувалися з тим, що поведінка людини під дією хімічних речовин великою мірою залежить від її повсякденної поведінки;
- вживання наркотиків рідко призводить до проявів агресії чи насилля — навпаки, індивіди, що перебувають під дією тих чи інших речовин, переважно демонструють мирну та дружню поведінку.

Розділ 6. Поширення ВІЛ, вірусних гепатитів та ПСШ. Обізнаність про ризики передачі ВІЛ та інших інфекцій.

Ключові інформанти дослідження виказують стурбованість у зв'язку зі збільшенням темпів поширення ВІЛ та гепатитів В і С в нашій країні та серед ЧСЧ зокрема.

➤ *«Насколько я знаю, скорость распространения ВИЧ увеличилась раз в шесть. На 2016 год порядка 20% популяции гейской в Киеве инфицировано».*

➤ *«Насколько мне известно, сейчас участились случаи гепатитов, потому что гепатит передается намного проще, чем ВИЧ. Гепатит В — в сто раз заразнее, а гепатит С — в десять [раз заразнее,] чем ВИЧ».*

Відповідаючи на запитання про наявність у них страху інфікувати чи інфікуватися ВІЛ чи іншими інфекціями внаслідок небезпечного сексуального контакту, багато інформантів відповіли ствердно.

➤ *«Конечно да, конечно, боюсь».*

➤ *«Я, в принципе, опасаюсь по десятибальной шкале на девять с половиной баллов».*

Опитані ЧСЧ усвідомлюють соціальні наслідки інфікування та медичні обмеження щодо лікування цих захворювань.

➤ *«Я даже боюсь статуса социального больного человека, а это еще действует психологически. Вот когда ты просто болеешь, тебе же плохо, а тут такая неизлечимая болезнь... Ладно ИППП, кроме сифилиса это, конечно, вывести все можно окончательно и бесповоротно. А средства? Ладно там противовирусная терапия — она вроде как бесплатная, а гепатит С? Это же все медленная смерть...»*

Інформанти повідомляють, що в тих ситуаціях, коли ВІЛ-статус їхнього потенційного партнера невідомий, вони намагаються не вступати з ним у ризиковані сексуальні стосунки.

➤ *«Если человек мне не говорит о своем статусе, то я не практикую какие-то практики повышенной рискованности».*

➤ *«Меня остановило то, что он предложил трахаться без презерватива под девизом, что если мы любим друг друга, то мы должны друг другу доверять. Меня это несколько смутило, и я говорю: «Если ты хочешь, давай мы сделаем тест». И мы сделали тест, и я увидел на тесте две полоски, что результат положительный. Потом он пошел еще в СПИД-центр и там подтвердил свой положительный ВИЧ-статус. После этих двух полосок я ему сказал: «Иди гуляй», он обиделся».*

Ключові інформанти висловлюють стурбованість щодо того, що представники гей-спільноти не мають мотивації тестуватися на ВІЛ, не інформовані про ризики пізнього виявлення ВІЛ-інфекції та не контролюють належним чином свої сексуальні контакти.

➤ *«Половина людей не осведомлены и не понимают важности тестов. Они очень редко делают анализы, не следят за этим и могут быть подвергнуты рискованному контакту. Они не понимают, что нужно сделать тестирование, и когда его нужно сделать. Плюс результаты могут быть обманчивыми. Я думаю, что как минимум половина людей не знает о реальной опасности».*

«Среди MSM о своем ВИЧ-статусе вообще не принято говорить. Вне зависимости от химсекса».

Більшість ЧСЧ, з якими було проведено глибинні інтерв'ю, визнають важливість поінформованості щодо ВІЛ-статусу свого партнера.

➤ *«Важно. Это базовые вещи, и манипулировать ими не очень этично».*

Тим не менш із тих 14, що зазначили в анкеті свій ВІЛ-позитивний статус, лише семеро інформували про нього своїх партнерів (п'ятеро відмовилися відповідати на це запитання). Як

стверджують інформанти дослідження, ЧСЧ схильні повідомляти свій ВІЛ-позитивний статус постійним партнерам та не повідомляти — випадковим.

➤ *«Для меня важно, чтоб знал мой партнер о моем ВИЧ-статусе, только если это близкий партнер. Вот своему бойфренду я не сразу, конечно, сказал. Меня это очень долго гложило, но поскольку я понимал, что у нас завязываются очень близкие интимные именно отношения, я ему это рассказал, и я ему благодарен, что он это принял, хоть и с тревогой... Он мне рассказывал, как он это принял. И у нас дошло до того, что мы спокойно занимаемся сексом без презерватива, и он знает, что трансмиссия не произойдет».*

➤ *«Я кому-то говорю об этом, а кому-то у меня нет необходимости это афишировать. Если бы у меня был постоянный партнер, естественно, он бы знал о моем статусе. Но поскольку у меня такой необходимости нет, то я не бегаю и не кричу об этом на каждом углу».*

Ключові інформанти вважають, що культура відкрито говорити про свій ВІЛ-статус у гей-спільноті тільки починає формуватися.

➤ *«Еще не все могут об этом говорить, но когда кто-то один в компании об этом скажет, то начинается волна. То есть люди начинают общаться, какая-то консультация равный-равному происходит».*

Аналіз відповідей учасників глибинних інтерв'ю свідчить про те, що практика ризикованої поведінки серед них є доволі поширеною: зокрема це сексуальні контакти без використання презервативу, із партнерами, які мають симптоми ППСШ, гепатитів, невідомим або ВІЛ-позитивним статусом.

➤ *«Я могу знать статус только в том случае, если я сразу посмотрю его тест сам, а так — люди всегда говорят, что все в порядке. А что там есть на самом деле, никто не знает».*

Що ж стосується практик безпечного ін'єкційного вживання, тут результати є дещо ліпшими. Так, 13 із 14 ЧСЧ, які повідомили про наявність у них досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, стверджують, що ніколи не використовували шприц після людини, про ВІЛ-позитивний статус якої їм було відомо; при цьому під час останньої ін'єкції жоден із опитаних не використовував шприца чи голки іншої людини, зате у випадку 2 респондентів повторно використовували їхній медичний інструментарій для ін'єкцій (див. табл. 6.1). Однак поширювати ці дані на всіх СІН-ЧСЧ не можна, тож реальна ситуація щодо безпечного ін'єкційного вживання залишається невідомою.

Таблиця 6.1

Розподіл відповідей на запитання, що стосуються практик використання медичного інструментарію для ін'єкцій наркотиків, n=14

	Так	Ні	Не пам'ятаю
Чи траплялися випадки, коли Ви використовували шприц після людини, про ВІЛ-позитивний статус якої Вам було відомо?	1	13	-
Чи використовували Ви для останньої ін'єкції шприц, голку, якою інша людина вже зробила собі ін'єкцію?	-	14	-
Чи використовував хтось Ваш шприц або голку, якими Ви вже зробили собі ін'єкцію, під час Вашого останнього вживання ін'єкційних наркотиків?	2	11	1

100% опитаних респондентів хоча б раз за життя проходили тест на ВІЛ, 87% — на гепатит В, 92% — на гепатит С (див. табл. 6.2). При цьому кожен третій ЧСЧ, який взяв участь у глибинних інтерв'ю, проходить тестування не регулярно.

➤ *«Я не могу сказать, что регулярно за этим слежу».*

➤ *«Раньше проходил очень часто. Когда осознавал, что был секс без презерватива, то сразу летел, делал».*

Регулярність тестування на ВІЛ, гепатити В та С, а також ПСШ у інформантів різна та має переважно ситуативний характер; одні ЧСЧ тестуються один раз на два–три місяці, інші — один–два рази на рік.

Усі опитані знають, куди слід звертатися для проходження тесту на ВІЛ (100%), однак обізнаність щодо місць, де проводиться тестування на гепатит В та С є дещо нижчою — 91% та 92% відповідно. Крім того, деякі інформанти розповіли про наявні труднощі в доступі до тестування на гепатит С.

➤ *«На гепатит С тестов нет в наших сервисных организациях в свободном доступе. Там идет сифилис, ВИЧ и какой-то гепатит, но не гепатит С».*

Довіра ЧСЧ до сервісних організацій обумовлює проходження ними тестування на ВІЛ, гепатити В, С та ПСШ у НУО.

«Я активничаю с одной организацией, которая проводит тесты, поэтому у меня есть свободный доступ, я даже могу сам себя протестировать, у меня даже специальная коробочка есть».

За останній рік на ВІЛ тестувалося 84% опитаних, на гепатит В — 72%, гепатит С — 75% (див. табл. 6.2). Ті інформанти, які повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус, повідомили, що проходять тестування на гепатити В, С та ПСШ регулярно.

➤ *«Каждые три месяца, потому что стою на учете по ВИЧ. Раз в три месяца — нормальный ритм, иногда могу раз в полгода прийти. Всевозможные тесты, которые предлагают экспресс-методом сделать, в сервисных организациях, — ни от чего не отказываюсь».*

➤ *«Я с 2008 года стою на учете в СПИД-центре, и с 2010 принимаю терапию. У меня есть хронический гепатит В, который я точно так же контролирую, как и АРТ. У меня есть антитела к гепатиту С и А, но самого гепатита у меня нету. На наличие других ИППП я время от времени прохожу диагностику».*

Усі респонденти, які проходили тестування на ВІЛ та гепатити В і С у цьому році, отримали свої результати. Із тих 73, що виказали готовність повідомити інтерв'юєру свій результат тестування на ВІЛ, позитивний статус мають 14; серед 67 та 69 охочих поділитися результатами тестування на гепатит В та С відповідно таких було 9 та 2 (див. табл. 6.2).

12 із 14 опитаних, що повідомили про свій ВІЛ-позитивний статус, перебувають на обліку в центрі СНІДу або будь-якому іншому медичному закладі, який здійснює реєстрацію людей, які живуть з ВІЛ, та приймають антиретровірусну терапію. Середня тривалість отримання АРТ складає 18 місяців. Ключові інформанти говорять про те, що прихильність до АРТ у спільноті лише починає формуватися.

➤ *«Многие, кто знают свой статус, начинают принимать терапию. Сейчас есть такая система, «фаст трек». То есть человек, как только узнал о статусе, сразу начал принимать терапию и буквально через полгода у него уже вирусная нагрузка нулевая. То есть там заразить шансов практически нет».*

Приховування факту отримання АРТ серед ЧСЧ, однак, пов'язане з побоюваннями піддатися стигмі та дискримінації.

➤ *«У нас стыдно говорить о том, что вот кто-то принимает АРТ терапию. У нас же никто не будет говорить об этом».*

Також ключові інформанти звертають увагу на те, що ЧСЧ, котрі знають про свій позитивний ВІЛ-статус і перебувають на початковому етапі отримання АРТ, розуміючи, що їм уже немає чого втрачати, можуть свідомо вступати в незахищені сексуальні контакти.

➤ *«То есть для людей, которые знают, что они ВИЧ-положительные, но они еще либо не подтвердили свой диагноз, либо еще не получают АРТ, то есть они еще не в состоянии оформленных терапевтических пациентов. Они могут себе в период этого окна позволить сознательно любой незащищенный секс, понимая, что ВИЧ им уже не страшен».*

Усі опитані, які мають гепатит В або С, отримують або отримували відповідне лікування в медичній установі.

ЧСЧ, які регулярно тестуються на ВІЛ та роблять профілактику ППСШ, мають менші побоювання щодо імовірності свого інфікування ВІЛ та ППСШ.

➤ *«Я не опасаюсь, поскольку у меня отрицательная вирусная нагрузка и я постоянно прохожу контроль. Вот сейчас прошел курс лечения, и даже не до конца будучи уверенным, что я заражен сифилисом, — но я прошел курс лечения от сифилиса. Я решил «перебдеть», потому что это в моих интересах, это моя безопасность».*

Деякі інформанти також кажуть, що побоюванню щодо інфікування ВІЛ та іншими хворобами можна протиставити використання презервативів, які є одним із найбільш ефективних способів захисту від ППСШ та ВІЛ.

➤ *«Я понимаю, что это важно. У меня всегда есть презервативы с собой, но я почему-то не боюсь».*

Є, однак, серед ЧСЧ і ті, хто говорить про свою нездатність контролювати ризики інфікування або передачі ВІЛ та інших хворіб під час сексу із використанням хімічних речовин.

➤ *«У меня под воздействием этого всего эйфория сильнейшая, поэтому о предохранении речь просто не идет».*

Таблиця 6.2

Розподіл позитивних відповідей на запитання, що стосуються практик тестування на ВІЛ та гепатити В і С, n=100

	ВІЛ	Гепатит В	Гепатит С
Чи тестувалися Ви коли-небудь на...	100	87	92
Чи знаєте Ви, куди потрібно звертатися, якщо Ви хочете пройти тест на...	100	91	92
Чи тестувалися ви протягом останнього року на...	84	72	75
Чи повідомили Вам результати тесту?	84	72	75
Чи хотіли б Ви повідомити нам свій результат тесту на...	73	67	69
Позитивний результат тесту	14	9	2
Чи лікували чи лікуєте Ви...	-	9	2
Чи перебуваєте Ви на обліку в СНІД-центрі (або будь-якому іншому медичному закладі, які реєструють ЛЖВ)?	12	-	-
Чи отримуєте Ви АРТ?	12	-	-

Аналізуючи свідчення учасників глибинних інтерв'ю, доходимо висновку, що проходження тестування на ВІЛ, гепатити В, С та ППСШ значною мірою детерміновано ВІЛ-позитивним статусом ЧСЧ, усвідомленням ним наслідків ризикованої сексуальної поведінки та стурбованістю за своє здоров'я або життя.

➤ *«Потому что страх».*

Крім того, ті ЧСЧ, які мають постійних партнерів і практикують активні сексуальні контакти з випадковими партнерами, а також хворіли або хворіють на гепатити В, С та ППСШ, ставляться до тестування більш прихильно.

➤ *«У партнера не было заболевания, а вот я заболел. Пролечился от гепатита А. Надеюсь, что теперь у меня будет иммунитет, потому что грязный секс я люблю, а он способствует распространению гепатита, и ничем нельзя защититься».*

Серед опитаних респондентів та учасників глибинних інтерв'ю є такі, що ніколи не проходили тестування на ВІЛ, гепатити В, С або ППСШ.

- *«Никогда не проходил. Может и проходил, но это, наверное, еще в школьные годы».*
- *«Даже никогда с этим не сталкивался. Никто из знакомых не проходит. Иногда по доброй воле хожу, делаю флюорографию. Это так, как народная традиция. А так ничего не проверяю себе».*

Згідно з результатами опитування, ті респонденти, які ніколи не тестувалися на гепатити В та С, як правило, не знають, до кого необхідно звернутися для його проходження, де розташовується установа, пункт або центр тестування, або просто не мають бажання цього робити; крім того, один респондент повідомив, що вважає свою поведінку безпечною (див. табл. 6.3).

Таблиця 6.3

Розподіл позитивних відповідей на запитання «Чому Ви не проходили тестування?» серед тих хто, ніколи в житті не проходив тестування на гепатити В та С

	Гепатит В, (n=13)	Гепатит С, (n=8)
Не знаю, до кого звернутися	4	2
Не знаю, де розташована установа, пункт чи центр тестування	2	1
Моя поведінка була безпечною	-	1
Немає бажання	3	4

Ключові інформанти схильні погоджуватися з твердженням, згідно з яким вживання хімічних речовин підвищує вірогідність небезпечних сексуальних практик без використання або зміни презервативу.

➤ *«Химсекс обуславливает потерю контроля и согласие на секс без презерватива. Я видел, что люди соглашаются на секс без презерватива именно потому, что если бы они были на трезвую голову, то они бы контролировали, а так они теряют бдительность и ими овладевает желание, страсть».*

➤ *«Если человек ведет безопасный секс и предохраняется в обычной жизни, то под влиянием наркотиков он перестает контролировать ситуацию, фактически повышается риск участия в опасных сексуальных практиках».*

➤ *«А также, если идет смена партнеров, тогда либо он не меняется, либо вообще не одевается».*

При цьому ключові інформанти звертають увагу на те, що використання презервативу під час хімсексу може бути обумовлене звичкою та загальною культурою використання захисних засобів.

➤ *«Это дело привычки. Если он привык использовать презерватив, то даже в полной отключке он автоматически его будет использовать».*

Окрім того, учасники глибоких інтерв'ю розповідають про поширенні серед ЧСЧ сексуальні практики, які не передбачають анального чи орального проникнення та не мають за мету обов'язкову еякуляцію, що, в свою чергу, знижує імовірність інфікування.

➤ *«Тут еще что интересно. Под воздействием химических препаратов снижается качество эрекции. Это означает автоматически снижение травматичности при контакте пениса со слизистой оболочкой. Во-вторых, при химсексе не ставится целью съэякулировать. Наоборот, ставится цель продлить и растянуть удовольствие. То есть момент эякуляции в химсексе не является целевым. А поскольку риски передачи каких-либо инфекций связаны в значительной степени с попаданием спермы в организм партнера, а в химсексе, я думаю, удельный вес проникающих контактов, при которых происходит эякуляция, значительно ниже, чем при сексе без химической стимуляции, следовательно, этот фактор риска снижается. Таким образом говорит о том, чтоб взвесить риски, довольно сложно, потому что многофакторные ситуации. Где-то риск растет, а где-то снижается».*

17% опитаних зазначили, що помічали на своїх статевих органах або в анусі ознаки хвороби або інфекції протягом останніх шести місяців. Зокрема називалися такі ознаки, як виразки, пухирці, прищипи в ділянках статевих органів та анусу (7 згадувань), свербіж у інтимних місцях (5 згадувань), виділення із

статевих органів, неприємний запах (5 згадувань), почервоніння в ділянках статевих органів та заднього проходу (3 згадування), збільшення лімфатичних вузлів, особливо в пахвині (3 згадування) та дискомфорт під час сексуального акту (1 згадування).

➤ *«С моим экс-бойфрендом анальный секс происходил без презерватива. Только с ним я не беспокоился. Хотя потом, со временем, я узнал, что у него происходит анальный секс без презерватива не только со мной. И однажды я обнаружил, что у меня из уретры идет выделение. Темно-зеленого мутного цвета. То есть это либо гонорея, либо какой-то уретрит. Поскольку это продолжалось больше чем день, понятное дело, что это, скорее всего, была гонорея».*

Усі респонденти, які повідомили про випадки наявності у них ознак ІПСШ, пройшли відповідне лікування, причому у той час як 8 звернулися до медичних закладів, інші 8 лікувалися самостійно, а один опитаний скористався обома шляхами.

➤ *«Мы не стали обращаться к врачу, поскольку он сам врач. Он проконсультировался со своими венерологами, и пропили курс лечения».*

Деякі учасники глибоких інтерв'ю говорили про наявність у них ознак або підозр на ІПСШ, які, втім, з різних причин не були офіційно діагностовані.

➤ *«У меня были какие-то микозы — это воспаление, но это не связано с инфекциями, где-то что-то натер. Но ничего такого серьезного не было».*

➤ *«Иногда бывали признаки заболеваний, но оказалось, что это всего лишь мои домыслы. Ничего не было. Раздражение какое-то максимум».*

Варто зауважити, що велика частина ЧСЧ прямо не пов'язує хімсекс з вищою імовірністю отримання ІПСШ.

➤ *«Это не потому произошло, что это были наркотики, и если бы трезвый я был в этой ситуации, я бы тоже заразился».*

Ключові інформанти дослідження говорять про те, що серед ЧСЧ збільшується частка тих, хто вдається до самостійних профілактичних інтервенцій.

➤ *«Есть такие люди, которые пользуются профилактикой. Например, мирамистин, которым можно пользоваться и до, и после, и во время, и это может помочь. Плюс есть средства, которые помогают после. Все больше людей узнают и начинают ими пользоваться. И даже раньше вот [если] люди больше пользовались хлоргекседином, потому что он дешевле, то сейчас больше людей пользуются мирамистином. Он хотя и дороже, но эффект лучше».*

Мало хто з респондентів говорив про тестування на ІПСШ безпосередньо після участі в хімсексі. Тим не менш, інформанти переважно усвідомлювали, що хімсекс належить до ризикованої сексуальної поведінки та підвищує ризик інфікування.

Висновки:

- інформанти дослідження стверджують, що страх інфікування в спільноті великою мірою пов'язаний із усвідомленням стигматизації ВІЛ-позитивних індивідів у суспільстві; переважно ЧСЧ не вмотивовані тестуватися ВІЛ, гепатити В, С та ІПСШ, що може бути пов'язане з відсутністю культури говоріння про інфекції;

- при тому, що ЧСЧ переважно намагаються не вступати в сексуальні контакти з тими людьми, про чий ВІЛ-позитивний статус їм відомо, небезпечні сексуальні практики в спільноті є вельми поширеними;

- СІН-ЧСЧ у вибірці демонструють безпечну поведінку ін'єкційного вживання наркотиків, однак ці результати не можна поширювати на всіх СІН-ЧСЧ України, тож ситуація щодо цього аспекту залишається незрозумілою;

- 100% опитаних тестувалися на ВІЛ принаймні один раз за життя; 100% знають, куди потрібно звертатися для проходження тесту. 84% проходили тест протягом останнього року та отримали його результат. Із них 73 були готові повідомити його інтерв'юєру. Так, 14 опитаних мають ВІЛ-позитивний статус, із них 12 зареєстровані в СНІД-центрах та отримують АРТ. Середня тривалість отримання АРТ складає 18 місяців. Лише 7 говорили про свій ВІЛ-позитивний статус сексуальним партнерам;

- 87% опитаних тестувалися на гепатит В принаймні один раз за життя; 91% знають, куди потрібно звертатися для проходження тесту. 72% проходили тест протягом останнього року та отримали його результат. Із них 67 були готові повідомити його інтерв'юєру. Так, 9 опитаних мали позитивний результат; усі 9 отримали чи отримують відповідне лікування;

- 92% опитаних тестувалися на гепатит С принаймні один раз за життя; 92% знають, куди потрібно звертатися для проходження тесту. 75% проходили тест протягом останнього року та отримали його результат. Із них 69 були готові повідомити його інтерв'юєру. Так, 2 опитаних мали позитивний результат; обоє отримали чи отримують відповідне лікування;

- ті ЧСЧ, які не проходили тестування на гепатит В та С, не знають, до кого необхідно звернутися для їхнього проходження, де розташована установа, пункт чи центр тестування, не бажають його проходити або вважають свою сексуальну поведінку безпечною;

- більш приязно ставляться до тестування ті індивіди, які мають постійних партнерів та ведуть активне сексуальне життя з випадковими партнерами, а не індивіди з історією ППСШ або ВІЛ-позитивним статусом;

- використання презервативу під час хімсексу великою мірою зумовлено загальною культурою використання захисних засобів, однак вживання наркотиків підвищує ймовірність незахищених сексуальних практик серед тих ЧСЧ, які не мають усталеної звички використовувати презерватив;

- протягом останніх шести місяців ознаки хвороби або інфекції на статевих органах або в анусі мали 17% опитаних: це були виразки, пухирці, прищики в ділянках статевих органів та анусу, свербіж у інтимних місцях, виділення із статевих органів, неприємний запах, почервоніння в ділянках статевих органів та заднього проходу, збільшення лімфатичних вузлів, особливо в пахвині та дискомфорт під час сексуального акту; лікування здійснювалося переважно в медичних закладах або самостійно.

Розділ 7. Наслідки хімсексу.

Кількісний опитувальник, який заповнювали респонденти дослідження, містив три блоки, спрямовані на з'ясування наслідків вживання хімічних речовин, а також психологічних та медичних проблем, які виникають під час або після хімсексу.

Зокрема один із блоків запитань стосувався негативних наслідків вживання хімічних речовин, із якими респонденти стикалися особисто (див. рис. 7.1). Так, найбільш поширеною виявилася проблема просторової та часової прострації, про яку згадало 46% опитаних.

- *«Свет перестаешь видеть, я вообще свет не видел, как выключили, потом теряешь пространственное ощущение верха, низа, как в воздухе висешь, как в невесомости, пространственную ориентацию теряешь. Временную ориентацию теряешь».*

Про приступи надмірного збудження та агресії зазначили 41% та 31% опитаних відповідно.

- *«Я хожу очень злой, раздраженный».*

Вживання хімічних речовин може також призводити до незахищених (такий досвід був у 29% респондентів), а також небажаних або насильницьких сексуальних контактів (14% та 7% відповідно).

- *«Слишком уж много эйфории, и соблазн не использовать презерватив проявляется».*

- *«Секс без презерватива. Плюс мне кончали в рот. Я это позволил в таком состоянии».*

- *«...меня не били, но у меня был жесткий секс. [...] Я приехал к нему, была романтика, вино. После этого мы накурились, и он очень жестко начал со мной себя вести. Он просто взял внаглую меня за волосы, нагнул вниз, снял штаны и просто трахал извиняюсь, конечно, что у меня оттуда кровь шла. Мне очень больно было. Он просто не жалел меня. Он бил по ребрам. И для него это был очень большой кайф».*

Крім того, 15% опитаних пригадали випадки втрати пам'яті.

- *«Было, что под бутиратом я просто вырубался, и не помню, когда. Даже момент, когда я выключался, я вообще не отстрелял».*



Рисунок 7.1. Розподіл негативних наслідків хімічних речовин, з якими респонденти стикалися особисто, n=100

Із психологічними проблемами внаслідок прийому хімічних речовин під час або після сексу стикалися 77% опитаних (n=100). Спектр психологічних проблем є доволі широким (див. рис. 7.2). Так, більше половини опитаних відчували апатію (58%); дещо менша частка (47%) — депресію.

➤ «На «выходах» была эта депрессия, апатия, ненависть ко всем...».

➤ «Мне ничего не хочется, у меня постоянно мысли, что мне нужно уехать, нужно избавиться от этого мира, всех бросить, меня никто не любит, я никому не нужен».

➤ «Я на протяжении будних дней хожу очень злой, раздраженный, мне не хочется, у меня постоянно мысли, что мне нужно уехать, нужно избавиться от этого мира, всех бросить, меня никто не любит, я никому не нужен...то есть, нагнетание какое-то, злоба на родителей...».

➤ «Может быть грустно, тоскливо, депрессивно, апатично».

Переважно подібні депресивні стани, що виникають після вживання хімічних речовин, відчуються більше доби.

➤ «Несколько дней может длиться».

➤ «Где-то либо несколько часов, потому что я понимаю, что буду снова что-то употреблять и оно пройдет, либо сутки».

Серед методів їхнього подолання — сон та мінімізація повсякденних практик, застосування заспокійливих медичних препаратів і алкоголю, психологічна або консультаційна допомога, зміна діяльності, соціального простору, рекреація.

➤ «Я предпочитаю в идеале проспать. Или провести [время] в минимальном контакте с обществом, с другими людьми. Лучше во сне, чтобы и самому не париться, и окружающих не парить».

➤ «Я пил разные успокоительные таблетки, но они не очень помогали. Алкоголь. Вырубался и все».

➤ «Это могут быть какие-то дневные транквилизаторы: гидозепам, буспером... Обычно я использовал их».

➤ «Я хожу к психокорректору, и мы болтаем, болтаем и с моим семейным врачом».

➤ «Изменения насыщенности обычной жизни, наверное, какими-то другими, более позитивными событиями, встреча с более позитивными людьми, какая-то такая работа более динамичная, загруженная. Солнечный свет, лето, море, поездки какие-то, то есть деятельность какая-то на фоне хорошего окружения».

Третина опитаних говорить про випадки агресії (27%) та параноїї (27%).

➤ «Агрессия была сильная. Я сначала веселый, игривый, заигрываю ко всем, а потом у меня начинается истерика. Когда-то рядом стоял парень-натурал, и я его забил просто. У него сотрясение головного мозга было. После чего я очень плакал».

➤ *«Под воздействием наркотических веществ ты можешь эту проблему у себя в голове увеличить до какой-то космической, и потом выйти из этого состояния почти с психозом, когда это становится определенной навязчивой идеей».*

Почуття збентеження та сорому внаслідок вживання хімічних речовин переживав кожен п'ятий опитаний (19%), а 17% зазначили про почуття фрустрації. Кожен десятий (10%) переживав стан психозу. Крім того, окремі респонденти також згадували панічні приступи, страх, нічні жахи тощо.

З негативними наслідками медичного характеру стикалися 88% респондентів (n=100). Про сухість у роті повідомили 77% опитаних, занепад сил — 51%, відсутність або зниження ерекції — 44%.

➤ *«Можно, если перекурить, стать овощем. Захочется просто полежать и отдохнуть».*

➤ *«Мне очень не нравится, что он убивает эрекцию. Он вроде как повышает либидо, но это вроде как искусственное повышение, и при этом отсутствует эрекция. Получается диссонанс. Зачем мне этот приход, если я сексуально неспособен? То есть без эрекции, даже если я в пассивной роли, то не интересно».*

➤ *«Ну, во-первых, все стимуляторы из-за сужения сосудов усложняют очень сильно эрекцию».*

Надмірне нервове збудження переживало 38% опитаних, гіпертонію — 34%. Втрата свідомості та задишка непокоїла 19% та 16% відповідно.

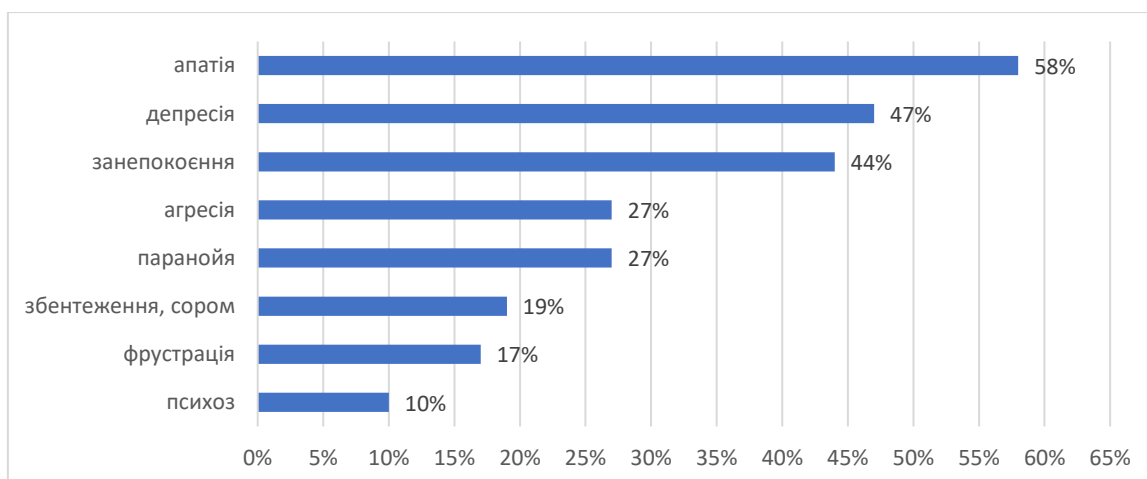


Рисунок 7.2. Розподіл психологічних проблем внаслідок вживання хімічних речовин під час або після сексу, n=100

➤ *«Мы были вдвоем с партнером, он практиковал употребление кетамина внутривенно, он, по всей видимости, ввел мне больше положенной нормы, и я отключился. Сначала темнота какая-то, потом я открываю глаза и вижу какие-то картинки перед собой, все кружится, не очень комфортное состояние, ты не понимаешь, что происходит. И это как раз было во время сексуальной игры. Но я понимал, что секс не происходил, потому что я был в каком-то непонятном состоянии. Когда я уже начал приходит в себя, то он мне сказал, что я бредил, потом отключился, ничего страшного не происходило и длилось это, наверное, десять-пятнадцать минут. Но мне было очень некомфортно, болела голова, начало тошнить, я понимал, что не могу поднять выше голову. И где-то в течении часа-получаса я находился вот в таком некомфортном состоянии».*

Серед окремо згаданих — алергія, безсоння, блювота, температура, головний біль, біль у горлі, в суглобах, проблеми з судинами, зубами, відсутність апетиту, надмірне потовиділення тощо. Крім того, один із учасників глибинних інтерв'ю зазначив погіршення зовнішньої фізичної привабливості.

➤ *«Плохой обмен веществ, секреция желез выше, это портит кожу, вид эстетический».*

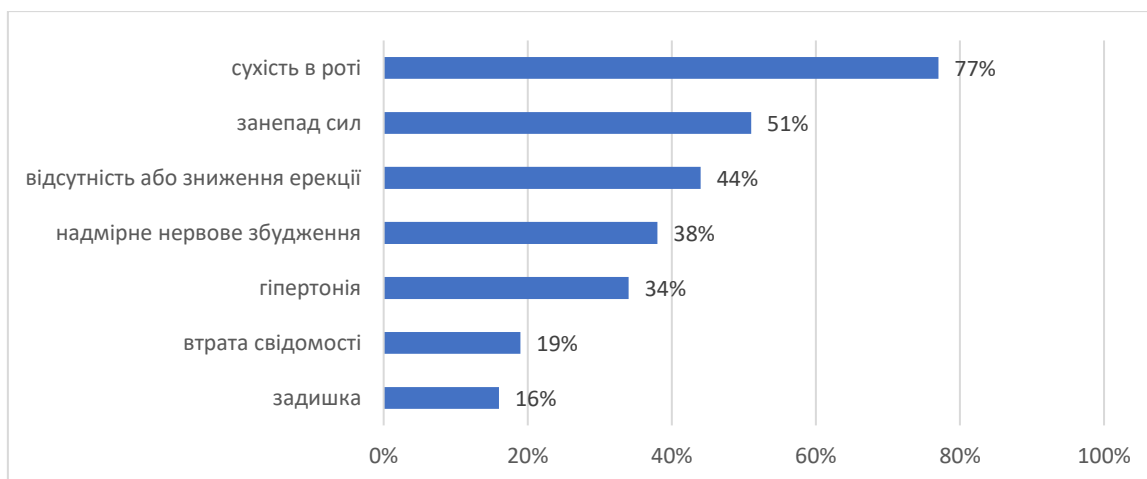


Рисунок 7.3. Розподіл медичних проблем внаслідок вживання хімічних речовин під час або після сексу, n=100

Досвід прийому хімічних речовин у завеликих дозах — передозування — має половина опитаних ЧСЧ (46%, n=100). Що стосується причин, то 19 респондентів пояснили це одночасним вживанням декількох хімічних речовин, 18 — випадковістю (неусвідомленням імовірності передозування), 16 — відсутністю знань про якість застосованої наркотичної речовини, 14 — одночасним вживанням хімічних речовин та алкоголю, 10 — необізнаністю щодо максимального дозування, 9 — тим, що не знали, що саме вживають, а ще 2 — одночасним вживанням хімічних речовин та легальних сексуальних стимуляторів. Окремі респонденти також називали погану якість речовини, вживання на голодний шлунок, неусвідомлення того, що вживана доза є подійною тощо.

➤ *«Бывало, что я не знал, что я нюхаю. То есть я человека видел в первый раз, он мне предлагал, и я не знал, что это. Но я соглашался. Риск также может быть привлекательным. И это тоже одна из проблем, потому что люди, любители секса на месте или какого-то неожиданного секса — ну, разные есть варианты — и вот когда есть элемент риска, то очень многих это заводит. Точно так же с наркотиком. Бывает момент, что тебе очень нравится человек и ты видишь, в каком он состоянии, и тебе хочется быть с ним на одной волне и чувствовать то же. Поэтому ты идешь на это и рискуешь».*

Ще одним наслідком хімсексу можуть стати фізичні травми; такий досвід мала третина опитаних респондентів (31%, n=100). Зокрема йшлося про разриви (17 випадків), забиття (13 випадків) та рани (4 випадка). Також називалися анальні тріщини, опіки слизових оболонок, синці, укуси та подряпини.

➤ *«Травмы, — ну ушибы, разрывы, натертости были».*

Можна припустити, що в окремих випадках йшлося про екстремальний секс, який за своєю суттю може бути травматичним для партнера, що перебуває в пасивній ролі.

➤ *«Вот, например, стеклянные бутылки. Или это традиционная практика фистинга, когда в анус вводятся кисть руки, или кулак, или даже два кулака. Соответственно, повышается определенная травматичность. Риск травматизма».*

Кожен четвертий опитаний (24%, n=100) визнав наявність у нього досвіду проблем на роботі, в бізнесі, навчанні та з фінансами внаслідок вживання наркотичних речовин.

➤ *«На работе были прогулы. Я даже пострадал в деньгах. Мне это считали как отпуск, который, соответственно, у меня не состоялся. [...] Были у меня конфликты с полицией несколько раз. Последний раз был совсем недавно, мы тогда пострадали на значительно ощутимую сумму денег».*

При цьому більшість все ж таки заперечує негативні наслідки, які справляє хімсекс на роботу та кар'єру (76%, n=100).

- *«Я не допускал отрицательных последствий».*
- *«С наркотиками на работе у меня нет никаких неприятностей, кроме совместного с коллегами употребления травы, — покурить на каком-то корпоративе...»*

Ті інформанти, які визнали, що хімсекс має негативний вплив на їхню роботу та бізнес, говорять про наявність таких негативних наслідків вживання хімічних речовин, як зниження уваги та концентрації, погіршенні загальної працездатності, відсутність мотивації, неспроможність виконувати робочі функції, запізнення, прогули, конфлікти з роботодавцями.

- *«На концентрацию это все влияет, конечно».*
- *«Не хочется ничего делать, не хочется качественно выполнять свои функциональные обязанности, тебе становится на все наплевать, просто пофиг, допускаешь ошибки».*
- *«Это был как раз фен, и я просто не стал делать ту работу, которую нужно делать».*
- *«Я приходил на работу с наркотическим каким-либо средством и употреблял на работе, и руководство замечало... Когда-то я забыл закрыть дверь, ко мне зашел директор и увидел, как я нюхаю фен. Мне пришлось оттуда уволиться».*

Крім уже згаданих негативних наслідків вживання хімічних речовин деякі респонденти також стурбовані усвідомленням того, що вони не завжди здатні контролювати процес вживання таких речовин, а також своєю залежністю від ейфорії, в стані якої вони не в змозі приймати рішення про припинення вживання хімічних речовин.

- *«Мы начали отдыхать в пятницу или субботу, а закончили в четверг. Мы планировали закончить в воскресенье, потом планировали закончить в понедельник. И в итоге я вышел на работу в четверг. И это было очень жестко, потому что и выход был жесткий, — и соматические, и психические состояния. Это когда тебе хорошо и хочется, чтоб хорошо продолжалось. Но вот риск, что ты, находясь в этом состоянии, решишь, что черт с ним всем и давайте еще на одни сутки, давайте еще в клуб, давайте еще на афтерпати...»*

Висновки:

- найчастіше респонденти стикалися з такими наслідками вживання хімічних речовин, як просторова часова прострація (46%), приступи надмірного збудження (41%), приступи агресії (31%) та сексуальний контакт без презервативу (29%). До менш поширених наслідків належить втрата пам'яті (15%), небажані сексуальні контакти (14%) та насильницькі сексуальні контакти (7%);
- серед психологічних проблем внаслідок вживання хімічних речовин під час або після сексу, з якими стикалося 77% опитаних, — апатія (58%), депресія (47%), занепокоєння (44%), агресія (27%), паранойя (27%), збентеження та сором (19%), фрустрація (17%) та психоз (10%); крім того, окремо згадувалися панічні приступи, страх, нічні жахи тощо;
- натомість про проблеми медичного характеру повідомило 88% вибірки; зокрема згадувалися сухість у роті (77%), занепад сил (51%), еректильна дисфункція (44%), надмірне нервово збудження (38%), гіпертонія (34%), втрата свідомості (19%) та задишка (16%); окремо згадувалися алергія, безсоння, блювота, температура, головний біль, біль у горлі, в суглобах, проблеми з судинами, зубами, відсутність апетиту, надмірне потовиділення тощо;
- половина респондентів (46%) має досвід передозувань; серед причин — одночасне вживання кількох хімічних речовин, неусвідомлення імовірності передозування, відсутність знань про якість або саму вживану речовину, одночасне вживання хімічних речовин та алкоголю, необізнаність щодо максимального дозування, одночасне вживання хімічних речовин та легальних сексуальних стимуляторів;
- 31% опитаних отримували фізичні травми внаслідок хімсексу (розриви, забиття, рани, анальні тріщини, опіки слизових оболонок, синці, укуси та подряпини);
- 24% респондентів мали проблеми на роботі, у бізнесі, в навчанні, а також з фінансами.

Розділ 8. Контроль над хімісексом та потреба в професійній допомозі.

Опитування з'ясувало, що трохи більше третини респондентів (38%, n=100) зацікавлені в отриманні інформації або консультуванні щодо вживання хімічних. Зокрема більшість (25 опитаних) виказали готовність звернутися до НУО, натомість кілька інших осіб віддали б перевагу медичному спеціалісту (терапевту, психіатру, наркологу) або психологу.

Опитані експерти також наголосили на ефективності консультаційної роботи за принципом «рівний-рівному». Крім того, висловлювалися пропозиції щодо організації мережі консультантів, які могли б надавати консультацію за запитом, та груп взаємодопомоги для людей, залежних від вживання наркотиків (хімічних речовин).

➤ *«Везде может быть равный человек, особенно который имеет опыт употребления наркотиков, который может при знакомстве и при общении вводит постепенно эти мотивационные компоненты для снижения риска».*

Деякі експерти погодилися з доречністю залучення до консультацій лікарів, проте, на думку кількох, важливою умовою була б їхня належність до гей-спільноти та розуміння контексту вживання наркотиків та хімісексу.

➤ *«И еще желательное условие — это должно быть равный-равному, то есть человек из категории MSM, который понимает контекст, для чего и в каких условиях это делается. И почему могут в дальнейшем возникнуть ситуации повторов всех этих вещей. Работать надо на упреждение. И даже в тех организациях, где эта проблема сейчас не озвучена в принципе, уже должны быть люди, потенциально готовые вести об этом диалог с клиентами в любой момент».*

Через обмеження або заборону в обігу окремих хімічних речовин деякі респонденти не бачать сенсу в залученні лікарів до чергування в клубах, де вживання таких речовин є найбільш поширеним — приклад інтервенції, запропонованої кількома експертами. Їхніми аргументами є те, що наявність лікарів буде відлякувати людей та приверне увагу правоохоронних органів, а це, по-перше, налаштує господарів клубів проти всіх профілактичних програм, а, по-друге, зажене вживання хімічних речовин в таких закладах в ще глибше «підпілля» або ж змусить його переміститися в інші місця, через що первинна потреба в наявності у клубі лікаря відпаде.

➤ *«Это будет только пугать людей. Во-первых, это не интересно коммерческим заведениям, потому что будут уходить люди. Это будет пугать людей, и они начнут употреблять наркотики вообще на рынках, и они будут бояться прийти под наркотиком в какое-либо заведение».*

Тим не менш респонденти висловлювали бажання, щоби в клубах були присутні спеціалісти, які будуть у змозі надати психологічну та мінімальну медичну допомогу у випадку потреби. Деякі також говорили про необхідність введення в клубах програм роздачі води.

➤ *«Вода должна быть всегда, должна быть какая-то комнатка спокойная, где человек, который чувствует себя не очень хорошо, может побыть, и там может быть какой-то сотрудник, который сможет ему оказать психологическую помощь, как-то успокоить, или который будет иметь познания в оказании первой медицинской помощи».*

Крім того, нелегальний статус багатьох наркотиків унеможливило тестування їхньої якості за ініціативою споживача та активну антирекламу вживання хімічних речовин в цілому на кшталт антиютюнової кампанії, яка, на думку учасників дослідження, є ефективною та допомогла знизити рівень паління.

➤ *«Нужно об этом говорить. Вот пример табачной компании, все-таки, по статистическим данным, снизилось потребление сигарет... А здесь же о наркотиках никто ничего не говорит, все жрут, но никто ничего не говорит, все делают вид, что ничего нет».*

Серед інших імовірних джерел отримання інформації щодо вживання хімічних речовин респонденти назвали аптеку, профільний медичний заклад, соціальних працівників, інших ЧСЧ із досвідом вживання тощо.

Насамперед респонденти зацікавлені в інформаційних матеріалах, що стосуються шляхів зменшення шкоди при вживанні рекреаційних наркотиків (хімічних речовин) (68%), та консультативному спілкуванні з соціальними працівниками (52%). Трохи більше третини (34%) вважають необхідною доступність стерильного інструментарію на кшталт шприців, трубочок, презервативів тощо (n=100). Окрім того, серед тих послуг, які вони вважають корисними та хотіли б отримувати, респонденти називали інформацію про хімічні речовини, статті, огляди в Інтернеті, переклади тематичних зарубіжних матеріалів, «відкриті бібліотеки» та «живі книги», доступ до супроводу при виникненні бажання припинити вживання хімічних речовин, детокс-програми, а також онлайн-консультування та консультування щодо передозувань.

➤ *«Ну, безусловно, какие-то услуги нужны, например, давать какие-то детоксы, это все мы потребляем токсины, я так понимаю, ну, вредные для организма вещества, может, какие то физрастворы нужно принимать, или растворы какие-то, может, вода с чем то. Это все надо рассказывать, ну, по крайней мере МСМ-сервисные, они же оказывают какую-то сопутствующую обеззараживающую терапию, у них там можно получить какие-то антибактериальные средства, тот же хлоргексидин по некоторым программам проходит, и они объясняют, как этим пользоваться, то в ситуации с химсексом, с наркотиками, нет же таких услуг».*

➤ *«У меня есть один чат в телефоне. Это фист-чат, он в основном московский, но там из постсоветского пространства много людей, там несколько сотен человек. И они вот недавно писали, что вот ребята, будьте осторожны, у нас тут в Москве пошла вспышка гепатита А. будьте бдительны. Ну вот предупрежден – вооружен. То есть люди может быть заинтересуются, узнают, как можно распознать человека, у которого гепатит А, и как можно самого себя защитить от передачи этой инфекции, если у тебя ее нет. То есть такая информация время от времени поступает. Я думаю, что это может быть информирование не персонализированное. И информирование о тенденциях. Например, нам как организации известно, что в Киеве есть какие-то ключевые компании, которые проводят организованные секс-пати. Мы знаем также эпидситуацию. знаем, что вот сейчас буквально в эту неделю у нас пошла вспышка чего-то, значит, я профильно проинформирую эти кластеры о том, чтоб ребята повысили свое внимательное отношение к каким-то вещам, потому что вот то-то происходит сейчас».*

При цьому відчують потребу в отриманні додаткової інформації стосовно хімсексу 60% респондентів (n=100). Лише 7% опитаних відомі організації, які надають інформацію та консультування стосовно хімсексу, а назвати таку організацію в Україні зміг тільки 1 респондент — йшлося про благодійний фонд «Допоможи життю».

52% вважають, що найбільш підходящим інформаційним ресурсом для людей, яким можуть знадобитися знання, поради чи підтримка стосовно хімсексу, є статті в інтернеті; 42% згадали соціальні мережі, а 21% зазначили про доречність надання цієї інформації через відео в інтернеті. Брошури та буклети отримали найнижчу підтримку опитаних — лише 14%.

Думки експертів щодо буклетів дещо розійшлися. Так, деякі вважають, що вони не є достатньо ефективним способом донесення інформації, а якщо і потрібні, то лише для того, щоб звернути увагу на проблему.

➤ *«Думаю, в виде брошюрки, причем коротенькой. Не нужна куча листов. Самое главное нужно».*

Інші стверджують, що буклети повинні розроблятися та мають містити в собі детальну інформацію. Причому в детальному вигляді буклети потрібні лише обмеженому колу ЧСЧ, проте ті, кому справді важливо отримати об'єктивну інформацію, матимуть можливість вивчити її у зручний для себе час.

➤ «Буклеты — тоже очень полезно. Главное, чтоб они не были очень плотными и насыщенными. Хорошо будет, если будут подробные. Подробные менее востребованы, но тот, кто заинтересован — обязательно прочитает. Какие-то маленькие буклетики нужны во всех точках».

Розділилися думки експертів і щодо доречних місць поширення інформаційних матеріалів. Деякі вважали, що клуби є саме тим місцем, де така інформація конче потрібна, тож роздача буклетів там була б актуальною. Інші стверджували, що на вечірках люди налаштовані на відпочинок і не сприйматимуть жодну інформацію адекватно. Серед місць, де варто поширювати інфо-матеріали, також вказували сауни та квартири. Щоправда, механізм розповсюдження матеріалів у подібних закритих закладах залишається неясним.

Також висловлювалася думка, що інформаційні матеріали можуть та повинні різнитися в залежності від географії їхнього поширення внаслідок того, що потреби, інтереси та практики ЧСЧ, які вживають наркотики, різняться в залежності від міста та регіону.

Що стосується інформації про хіmseкс, яку хотілося б отримати респондентам, найвищим попитом користуються знання про поєднання різних хімічних речовин (51%) та допустимі дози (41%). Крім того, 35% опитаних цікавлять ефекти від тих чи інших речовин, а 32% хотіли б дізнатися механізм їхньої дії. Лише 28% опитаних хотіла б отримувати інформацію про ризики хіmseксу (див. рис. 8.1).

Із цього можемо зробити висновок, який підкріплюється позицією кількох опитаних експертів, що інтервенції стосовно хіmseксу повинні бути спрямовані не на припинення вживання та елімінацію самого явища хіmseксу, а на зменшення шкоди цих практик, оскільки самі ЧСЧ зацікавлені в підтримці такого стилю життя. Основну проблему хіmseксу багато інформантів вбачають не в вживанні, а в нелегальному статусі хімічних речовин, у тому числі й легких. Цей фактор, на думку деяких, і є причиною негативних наслідків вживання, оскільки ЧСЧ своєчасно не звертаються по допомогу у випадках передозувань або небезпечного поєднання наркотиків. На відміну від гетеросексуальних СІН, для ЧСЧ стигматизація є ще вищою через свою подвійність, що заганає проблему ще глибше.

Фактом є те, що наразі профілактичні програми для ЧСЧ не містять у собі розділів, що стосуються профілактики вживання хімічних речовин. Це пов'язано головним чином з тим, що ще кілька років тому дослідження демонстрували надзвичайну малу частку ЧСЧ, які практикували вживання наркотиків, в тому числі і сексуальних стимуляторів. Проте, вважають експерти, ситуація дещо змінилася, а специфічних послуг для цієї групи у НУО так і не з'явилося.

➤ «Это сейчас актуально, это набирает обороты, и я это наблюдаю. Когда я приехал в Москву — это уже было там, и это было на самом пике. Когда я вернулся в Киев, я удивился — я как в машину времени попал — а здесь уже люди говорят спокойно, что они употребляют амфетамин, колеса и они ведут машину... То есть это уже стало абсолютной нормой, как выпить водку... Это сейчас очень востребовано».



Рисунок 8.1. Розподіл позитивних відповідей на запитання «Яку саме інформацію Ви хотіли б отримати щодо хімсексу?», n=100

Найбільш зручним способом отримання інформації про хімсекс особисто для них респонденти вважають веб-сайти (38%). Крім того, 20% хотіли б отримувати консультації від фахівців, 18% наголосили на тому, що це має бути саме усно. Мобільні додатки отримали підтримку 17% опитаних, друговані матеріали та електронна розсилка ще менше — 7% та 2% відповідно.

Експерти також майже одноголосно погодилися з тим, що найбільш зручною формою подачі інформації були б веб-ресурси. Ідеальним варіантом опитані вважають веб-сайт із підбіркою статей на різні теми включно з перекладами іноземних статей щодо вживання хімічних речовин, наслідків хімсексу, безпечної сексуальної та ін'єкційної поведінки, пост- та прекоконтактної профілактики, ВІЛ-інфекції, гепатитів, ППСШ тощо.

➤ «Будет очень хорошо, если у нас будет тоже такой сайт, на котором так же базово будет перечислена вся информация и который будет ориентирован на МСМ. Причем не только на геев, а на любых МСМ. На натуралов, которые приходят в клубы и иногда практикуют секс, на тех, которые женаты и скрывают, на тех МСМ, которые случайно попали — либо армия, либо тюрьма, и так далее. Должен быть обязательно где-то линк, мотивирующий и вдохновляющий, чтоб человек аж гореть должен нажать на кнопку и перейти на этот сайт».

➤ «Это должен быть пассивный информационный ресурс, это должен быть профессиональный сделанный сайт [...] с допуском комментариев форума, с описаниями, трипортами наркоманов, с врачебными справками медицинскими, со ссылками. Это все что можно только придумать, надо пассивно давать к этому доступ, к этому будет трафик. Понятное дело, что если кто-то готов поговорить анонимно через сеть, обязательно должен быть кто-то, кто ответит на чатик, или на то есть живой человек для контакта, доступен должен быть всегда. Но основную роль и полезность играет просто вот такое пассивное предоставление контакта».

Крім того, експерти також вважають перспективним впровадження профілактичної роботи щодо хімсексу на спеціалізованих сайтах для ЧСЧ та в соціальних мережах.

➤ «Было бы неплохо социальные сети использовать для этого. Даже тот же Hornet и Grindr... Ну, Hornet у нас более популярен... Возможно, там какие-то ссылки... Социальные сети, такие как Facebook, тоже можно использовать».

Серед інших форм інформування були названі зустрічі в неформальних умовах, виїзди на тематичні пікніки, інтернет-консультації, створення освітніх фільмів тощо.

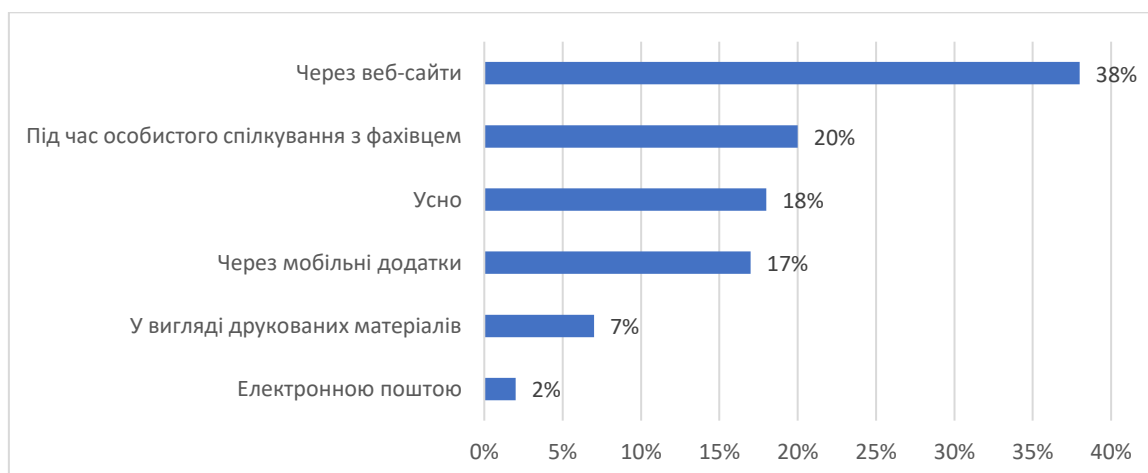


Рисунок 8.2. Розподіл позитивних відповідей на запитання «Яким чином Ви б хотіли отримувати інформацію щодо хімсексу?», n=100

Глибинні інтерв'ю з експертами та ключовими інформантами містили блок запитань, що стосувалися профілактичних програм. Так, учасники дослідження вважають, що ті профілактичні програми, які працюють в Україні на сьогодні, є досить розгалуженими, достаньою мірою покривають місто географічно та забезпечують мінімальний пакет послуг: презервативи, лубриканти, тестування на ВІЛ тощо. Тим не менш, консультації щодо хімсексу в таких програмах не надаються. Деякі вважають, що послуги впроваджуються на недостатньо професійному рівні, оскільки соціальні працівники часто не мають того рівня освіти та досвіду, в тому числі й щодо хімсексу, щоби бути в змозі якісно консультиувати, та часто підходять до роботи суто формально.

➤ *«Я отмечаю достаточно потребительское отношение к клиентам зачастую у медико-социальных проектов. Что печально. И, по моему мнению, в долгосрочной перспективе [это] будет иметь негативные последствия. И уже имеет».*

Для більш ефективної профілактики має практикуватися індивідуальний підхід до кожного клієнта з урахуванням його особистих потреб та досвіду, і над формуванням таких навичок у соціальних працівників треба працювати.

➤ *«Умение переходить на тот язык, которым владеет оппонент. То есть с кем-то я могу говорить академическим языком, с кем-то — сленгом, с кем-то — только матами, но я постепенно всегда перехожу, особенно когда это касается чего-то серьезного, на академический язык, и меня приятно слушать. Это можно развивать. Это могут быть тренинги, это могут быть воркшопы... Но таких специалистов подготовить возможно, и они необходимы».*

➤ *«Ну, мне кажется, что граждане, работающие в этой сфере, не имеют профильного образования, они не медики, это обычные люди, иногда сталкиваешься с низким культурно-образовательным уровнем этих людей. Я, конечно, понимаю, что, с одной стороны, они кондоматы, ну все равно, а вдруг спросит что-то надо, а ты видишь, что он ничего не понимает».*

На думку учасників дослідження, доречним було б створення більш «камерних» умов отримання послуг у НУО та проходження тестування зокрема. Крім того, інформанти висловлювали незадоволення умовами, в яких часто відбувається тестування та консультивання, а саме — непристосованістю приміщень, в яких надаються послуги, адже вони переважно не є медично обладнаними, та порушенням загальних принципів конфіденційності клієнта.

➤ *«Возможно, пересмотр отношения к клиентам. Создание более комфортных условий, чтоб они могли приходить и проходить тестирование в несколько более деликатной обстановке, чем сейчас. Там, где я прохожу регулярно, поскольку вопросы касаются сферы интимной, то не всегда корректно... Условия ожидания. Клиентов изучают все социальные работники. Что составляет определенный дискомфорт».*

➤ *«Меня очень напрягают офисы, где то все проводится. Они не очень. Я думаю, это должно быть как медицинское учреждения, должно быть все чистенько, должно оно быть все похоже на некий кабинет помощи, и медицинский в том числе, они же оказывают, например, тестирование».*

Деякі інформанти вказували на необхідність мати довідники з переліком хімічних речовин та описом їхніх властивостей.

➤ *«Информация должна быть как методичка, чтоб если кто-то решил попробовать какие-то запрещенные вещества, то должно быть описание».*

Експерти не вбачають особливих відмінностей у стратегіях формування безпечного сексу під впливом хімічних речовин та безпечної сексуальної поведінки загалом.

➤ *«Что касается безопасного химсекса, то это тоже принципы безопасного секса, которые накладываются на воздействие наркотиков. Потому научить человека элементарным правилам, типа «используй презерватив или обращай внимание на какие-то вещи»... Если он не научен этого в принципе, то безопасный химсекс не имеет особого резона».*

Висновки:

- в отриманні інформації або консультуванні щодо вживання хімічних речовин зацікавлені 38% опитаних; переважно вони готові звернутися по таку інформацію до НУО; також визнається можливим звернення до профільних лікарів, однак бажаною умовою була б їхня належність до гей-спільноти; важливим є консультування «рівний-рівному»;

- експерти озвучують стурбованість нелегальним статусом більшості хімічних речовин, що вживаються ЧСЧ; на їхню думку, легалізація значно покращила б перспективи профілактичної роботи серед споживачів; у зв'язку з цим основним спрямуванням інтервенцій має бути не припинення вживання, а зменшення його шкоди;

- респонденти зацікавлені в інформаційних матеріалах, що стосуються шляхів зменшення шкоди при вживанні рекреаційних наркотиків (хімічних речовин) (68%), консультативному спілкуванні з соціальними працівниками (52%) та в доступі до стерильного інструментарію на кшталт шприців, трубочок, презервативів тощо;

- відчують потребу в отриманні додаткової інформації стосовно хімсексу 60% респондентів; організації, які надають інформацію та консультування стосовно хімсексу, відомі лише 7% опитаних;

- опитані вважають, що найбільш підходящим інформаційним ресурсом для людей, яким можуть знадобитися знання, поради чи підтримка стосовно хімсексу, є статті в інтернеті, 52% опитаних; соціальні мережі — 42%, відео в інтернеті — 21%, брошури та буклети — 14%;

- інформацію про поєднання різних хімічних речовин хоче отримувати 51% опитаних, про допустимі дози — 41%, ефекти тих чи інших речовин — 35%, механізм їхньої дії — 32%, ризики вживання — 28%;

- найбільш зручним шляхом отримання такої інформації 38% респондентів визнали веб-ресурси; опитані експерти погодилися з цим твердженням; 20% хотіли б отримувати подібні знання від відповідних фахівців;

- крім того, експерти та інформанти висловили незадоволення рівнем послуг, що надається СНІД-центрами, НУО та іншими закладами, що працюють з групами ризику; зокрема їх не влаштовувало ставлення персоналу та обладнання приміщень, у яких відбувається надання послуг.

Загальні результати.

- явище хімсексу не є новим, однак останнім часом починає набувати все більшої популярності, поширюючись на Україну з-за кордону; ЧСЧ дізнаються про хімсекс на вечірках, у нічних клубах, на приватних секс-вечірках, фестивалях та в Інтернеті; переважно інформація надходить від друзів та знайомих; практики хімсексу поширюються завдяки їхній прийнятності в гей-спільноті; хімсекс часто передбачає практики групового або екстремального сексу; вид хімічної речовини, що вживається, певною мірою зумовлюється сексуальною роллю індивіда; вживання не є примусовим та відбувається за власним бажанням індивіда; обираючи між звичайним сексом та хімсексом, ЧСЧ з більшою вірогідністю віддадуть перевагу останньому;

- вибір місця для хімсексу в першу чергу зумовлюється безпекою; найчастіше хімсекс практикується вдома (96%), в гостях (94%) та в нічних клубах (58%); також популярним є вживання хімічних речовин на природі (55%), однак для самого сексу споживачі зазвичай переходять у більш комфортне місце;

- середній вік першого вживання — 17 років; найпоширеніший спосіб першого вживання — куріння (55%), причина — інтерес (79%) та вплив оточення (47%); перше вживання рідко пов'язується з сексуальними мотивами;

- основні причини подальшого вживання — інтерес (48%) та прагнення зняти стрес та невпевненість (46%), а також сексуальні мотиви — прагнення піднести рівень сексуального контакту (40%), активувати фізичну сексуальну енергію (25%) та підвищити рішучість під час сексуального контакту (17%); основним джерелом хімічних речовин є друзі та знайомі (64%);

- поширеними є практики одночасного чи послідовного вживання різних видів хімічних речовин (87%) або поєднання їх з алкоголем (91%); 31% опитаних вживали хімічні речовини разом із стимулюючими препаратами;

- найпоширенішими за вживанням серед вибірки є марихуана (99%), амфетамін (85%), попперс (83%), екстазі (76%) та МДМА (64%); 88% вибірки не має досвіду вживання ін'єкційних наркотиків; ЧСЧ у вибірці, які вживали хімічні речовини ін'єкційним шляхом, переважно повідомляють про безпечну ін'єкційну поведінку (лише 1 із 14 має досвід використання чужого інструментарію);

- протягом останніх шести місяців 54% та 65% респондентів мали рецептивні та інсертивні анальні контакти відповідно з випадковими партнерами та 47% та 51% — з постійними; 68% мали незахищений анальний секс; 43% не знають ВІЛ-статусу свого останнього сексуального партнера чи партнерів;

- поширеною є практика використання презервативу під час сексу з випадковим партнером та невикористання — з постійним, а також тенденція використовувати презерватив під час анального сексу та не використовувати — під час орального; ЧСЧ намагаються не вступати в сексуальні контакти з тими, про чий ВІЛ-позитивний статус їм відомо;

- протягом останніх шести місяців завжди використовували презерватив під час анального сексу 29% опитаних, майже завжди — 28%; під час хімсексу — 26% та 30% відповідно; 17% респондентів повідомили про випадки зісковзування чи порушення цілісності презервативу, 35% — про проведення сексуального акту після його зняття, 47% починали займатися сексом без презервативу, вдягаючи його лише згодом; 49% опитаних мали випадки, коли вони планували використовувати презерватив, однак після вживання хімічних речовин не стали цього робити; переважно респонденти пояснювали це тим, що просто не надали питанню безпечного сексу значення;

- основні способи знайомства серед ЧСЧ — через Інтернет: спеціальні додатки для смартфонів та планшетів (89%), Інтернет-сайти знайомств (59%) та соціальні мережі (44%); сильний вплив на частоту пошуку сексуальних партнерів чинить наявність або відсутність у індивіда постійного сексуального партнера; як правило, знайомство для сексу відбувається на нейтральній території, однак сам контакт частіше здійснюється в місці проживання респондента або його партнера; 12% опитаних ставали жертвами дій сексуального характеру без їхньої на те згоди;

- серед ЧСЧ існує тенденція не обговорювати питання ВІЛ-статусу та ПСШ; це може бути пов'язано зі страхом стигматизації;

- поведінка людини під дією хімічних речовин великою мірою залежить від її повсякденної поведінки, однак вживання таких речовин може призвести до незахищених контактів; із 78 респондентів, які повідомили, що для них є звичайним використання презервативу з незнайомими або малознайомими партнерами, 51 мали незахищений секс під дією хімічних речовин; 74 опитаних зазначили, що для них є звичайним використання презервативу й під час хімсексу;

- вживання хімічних речовин рідко призводить до проявів агресії чи насилля — індивіди, що перебувають під дією тих чи інших речовин, переважно демонструють мирну та дружню поведінку;

- 100% опитаних тестувалися на ВІЛ принаймні один раз за життя; 100% знають, куди потрібно звертатися для проходження тесту. 84% проходили тест протягом останнього року та отримали його результат. Із них 73 були готові повідомити його інтерв'юєру. Так, 14 опитаних мають ВІЛ-позитивний статус, із них 12 зареєстровані в СНІД-центрах та отримують АРТ. Середня тривалість отримання АРТ складає 18 місяців. Лише 7 говорили про свій ВІЛ-позитивний статус сексуальним партнерам;

- 87% опитаних тестувалися на гепатит В принаймні один раз за життя; 91% знають, куди потрібно звертатися для проходження тесту. 72% проходили тест протягом останнього року та отримали його результат. Із них 67 були готові повідомити його інтерв'юєру. Так, 9 опитаних мали позитивний результат; усі 9 отримали чи отримують відповідне лікування;

- 92% опитаних тестувалися на гепатит С принаймні один раз за життя; 92% знають, куди потрібно звертатися для проходження тесту. 75% проходили тест протягом останнього року та отримали його результат. Із них 69 були готові повідомити його інтерв'юєру. Так, 2 опитаних мали позитивний результат; обоє отримали чи отримують відповідне лікування;

- більш приязно ставляться до тестування ті індивіди, які мають постійних партнерів та ведуть активне сексуальне життя з випадковими партнерами, а індивіди з історією ПСШ або ВІЛ-позитивним статусом;

- протягом останніх шести місяців ознаки хвороби або інфекції на статевих органах або в анусі мали 17% опитаних: це були виразки, пухирці, прищики в ділянках статевих органів та анусу, свербіж у інтимних місцях, виділення із статевих органів, неприємний запах, почервоніння в ділянках статевих органів та заднього проходу, збільшення лімфатичних вузлів, особливо в пахвині та дискомфорт під час сексуального акту; лікування здійснювалося переважно в медичних закладах або самостійно;

- частота стикання з наслідками вживання хімічних речовин: просторова часова прострація (46%), приступи надмірного збудження (41%), приступи агресії (31%) та сексуальний контакт без презервативу (29%). До менш поширених наслідків належить втрата пам'яті (15%), небажані сексуальні контакти (14%) та насильницькі сексуальні контакти (7%);

- частота поширення психологічних проблем внаслідок вживання хімічних речовин під час або після сексу, з якими стикалося 77% опитаних: апатія (58%), депресія (47%), занепокоєння (44%), агресія (27%), параноя (27%), збентеження та сором (19%), фрустрація (17%) та психоз (10%); а також панічні приступи, страх, нічні жахи тощо;

- частота поширення медичних проблем внаслідок вживання хімічних речовин під час або після сексу, з якими стикалося 77% опитаних: сухість у роті (77%), занепад сил (51%), еректильна дисфункція (44%), надмірне нервово збудження (38%), гіпертонія (34%), втрата свідомості (19%) та задишка (16%); а також алергія, безсоння, блювота, температура, головний біль, біль у горлі, в суглобах, проблеми з судинами, зубами, відсутність апетиту, надмірне потовиділення тощо;

- 46% має досвід передозувань; серед причин — одночасне вживання кількох хімічних речовин, неусвідомлення імовірності передозування, відсутність знань про якість або саму вживану речовину, одночасне вживання хімічних речовин та алкоголю, необізнаність щодо максимального дозування, одночасне вживання хімічних речовин та легальних сексуальних стимуляторів;

- 31% опитаних отримували фізичні травми внаслідок хімсексу (розриви, забиття, рани, анальні тріщини, опіки слизових оболонок, синці, укуси та подряпини); частина може стосуватися очікуваних травм внаслідок екстремального сексу;

- 24% респондентів мали проблеми на роботі, у бізнесі, в навчанні, а також з фінансами внаслідок вживання хімічних речовин;

- 38% опитаних зацікавлені в отриманні додаткової інформації чи консультування щодо вживання наркотиків; переважно вони готові звернутися по таку інформацію до НУО; респонденти зацікавлені в інформаційних матеріалах, що стосуються шляхів зменшення шкоди при вживанні рекреаційних наркотиків (68%), консультативному спілкуванні з соціальними працівниками (52%) та в доступі до стерильного інструментарію на кшталт шприців, трубочок, презервативів тощо;

- на думку експертів, інтервенції мають бути спрямовані не на припинення вживання, а зменшення його шкоди;

- відчувають потребу в отриманні додаткової інформації стосовно хімсексу 60% респондентів; українські НУО переважно не надають таку інформацію; найбільш зручним інформаційним ресурсом для цього респонденти вважають Інтернет, зокрема статті в інтернеті (52%) та соціальні мережі (42%), а також відповідних фахівців; 51% хоче отримувати інформацію про поєднання різних наркотичних речовин, 41% — про допустимі дози, 35% — про ефекти тих чи інших наркотиків, 32% — про механізми їхньої дії — 32%, 28% — про ризики вживання.

Підтвердження/спростування гіпотез дослідження.

Гіпотеза 1: ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, практикують ризикований секс без презерватива — *підтвердилась частково.*

Згідно з проаналізованими даними, вживання хімічних речовин дійсно підвищує імовірність незахищеного сексу, однак це також залежить від побутових практик ЧСЧ: так, якщо індивід схильний завжди використовувати презерватив, перебуваючи під дією хімічних речовин, він з великою ймовірністю скористається ним; і навпаки, якщо індивід схильний не використовувати презерватив, під дією хімічних речовин імовірність використання його ним зменшиться.

Гіпотеза 2: Під впливом хімічних речовин втрачається самоконтроль, а отже, значно збільшується ризик інфікування ВІЛ/вірусних гепатитів/ПСПШ — *підтвердилась частково.*

Не можна говорити про те, що втрата самоконтролю є обов'язковим наслідком вживання хімічних речовин, однак внаслідок ризикованих практик, імовірність яких дещо зростає внаслідок застосування тих чи інших речовин, дійсно збільшується ризик інфікування ВІЛ/вірусними гепатитами/ПСПШ.

Гіпотеза 3: Регулярне вживання неін'єкційних наркотичних засобів, психотропних речовин та/або окремих лікарських засобів часто призводить до переходу на ін'єкційні наркотичні засоби. — *не підтвердилась.*

Результати дослідження свідчать про те, що прямого зв'язку між вживанням неін'єкційних та ін'єкційних речовин немає.

Гіпотеза 4: У ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, підвищується рівень депресивного стану, психічних розладів та ризик зазнати сексуального насилля, внаслідок чого зростають суїцидальні настрої. — *частково підтвердилась щодо виникнення психічних та деяких медичних проблем внаслідок вживання хімічних речовин.*

Дійсно, вживання хімічних речовин може призводити до виникнення депресивних станів, однак тривають вони недовго (в середньому від кількох годин до кількох днів) та не мають довгострокових наслідків. Крім того, не було встановлено й прямого зв'язку між вживанням хімічних речовин та сексуальним насиллям.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЗАЦІКАВЛЕНИХ СТОРІН

Зацікавлені сторони:

В числі зацікавлених сторін, діяльність яких стосується досягнення епідемічного та соціального благополуччя ЧСЧ, ми адресуємо рекомендації, подані нижче, таким суб'єктам:

- 1) неурядові організації, які надають послуги ЧСЧ у зв'язку з ВІЛ, ПСПШ та вірусними гепатитами, зокрема послуги з профілактики інфікування ВІЛ та послуги з догляду та підтримки для ВІЛ-позитивних ЧСЧ, самоорганізації ключових груп, у тому числі спільноти геїв та бісексуалів; неформальні ініціативні групи спільнот;
- 2) основні реципієнти коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні за компонентом «СНІД» — Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я», Благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»;
- 3) суб'єкти владних повноважень, які опікуються розробленням, плануванням і впровадженням політики та програм у відповідь на поширення ВІЛ та вірусних гепатитів в Україні, зокрема — Міністерство охорони здоров'я України, а також робочі групи, створені суб'єктами владних повноважень, зокрема — міжвідомча робоча група з підготовки Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки;

- 4) суб'єкти координації дій у відповідь на поширення ВІЛ серед ЧСЧ, зокрема — Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, її органи, а також регіональні та місцеві ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- 5) міжнародні урядові та неурядові організації, які працюють у галузі відповіді на поширення ВІЛ в Україні, зокрема — Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR), агенції системи ООН, Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), міжнародні мережеві організації;
- 6) суб'єкти дослідницької діяльності, об'єктом вивчення яких виступає система відповіді на поширення ВІЛ в Україні, ключові групи (зокрема, ЧСЧ), наркополітика та сцена наркоспоживання в Україні та дотична тематика;
- 7) організації та установи, які надають ресурсну та технічну підтримку для забезпечення відповіді на поширення ВІЛ в Україні та/або розвитку потенціалу ключових спільнот, — як урядові, так і неурядові;
- 8) суб'єкти неформальної та формальної відповіді на поширення ВІЛ в Україні серед ключових спільнот (зокрема, Національна платформа спільнот).

Рекомендації:

1. Закцентувати профілактичну діяльність не на спробах зупинити поширення хімсексу серед ЧСЧ, а на зменшення шкоди від нього.
2. Врахувати специфічні потреби ЧСЧ, які вживають хімічні речовини та які практикують хімсекс, в пакеті медико-соціальних послуг для ЧСЧ та інших заходів, спрямованих на ЧСЧ, що гарантуються та надаються державою, місцевими органами влади, територіальними громадами, основними реципієнтами коштів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та іншими донорами, а саме — передбачити такі складові пакету послуг та інших заходів, як:
 - a. виготовлення та поширення нових інфоматеріалів про хімсекс, зменшення шкоди від вживання хімічних речовин та з питань стигми та дискримінації по відношенню до ЧСЧ, що вживають хімічні речовини, а також оновлення раніше розроблених матеріалів з цієї тематики;
 - b. інтервенції та заходи, зокрема силами психологів та інших залучених фахівців/чинь, спрямовані на подолання подвійної та потрійної стигми по відношенню до ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, на підставі сексуальної орієнтації, вживання речовин, ВІЛ-позитивного статусу, надання сексуальних послуг за винагороду, а також на подолання внутрішньої стигми в середовищі цільової підгрупи ЧСЧ, які вживають хімічні речовини;
 - c. консультування за принципом «рівний—рівному» (тобто з боку осіб, які мають досвід вживання хімічних речовин),
 - d. медична, юридична та інша підтримка ЧСЧ, що вживають хімічні речовини, зокрема надання при необхідності високоспеціалізованих послуг нарколога, юриста, психіатра, психотерапевта;
 - e. оперативне тестування хімічних речовин перед їх вживанням, на хіміко-фармакологічний склад і якість;
 - f. механізм надання екстренної домедичної та медичної допомоги для ЧСЧ у випадках передозування хімічними речовинами та/або настання неочікуваних/непередбачуваних побічних ефектів.

3. Спланувати та впровадити на постійній основі рекламно-інформаційну кампанію щодо профілактики та інших аспектів хімсексу та вживання хімічних речовин серед ЧСЧ, шляхом застосування новітніх комунікаційних інструментів досягнення цільової аудиторії, зокрема — на платформах мобільних додатків для знайомств (Hornet, Grindr тощо), веб-сайтів для знайомств ЧСЧ (Qguys, Bluesystem, GayRomeo та ін.), в соціальних мережах Facebook, Instagram, Twitter.
4. Створити національний веб-ресурс, присвячений проблематиці хімсексу, із цільовою спрямованістю на геїв, бісексуалів та інших ЧСЧ, самоорганізації ЧСЧ/ЛГБТ-спільноти, працівників ЧСЧ-сервісних проектів та інших організацій, дотичних до ЧСЧ, включаючи, але не обмежуючись такими інформаційними складовими, як:
 - ✓ рекомендації щодо найбільш безпечного вживання;
 - ✓ інструкції з приводу екстреної домедичної та медичної допомоги;
 - ✓ правові аспекти обігу хімічних речовин в Україні та за кордоном;
 - ✓ рекомендації щодо поведінки в непередбачуваних ситуаціях тощо, зокрема в разі контакту з правоохоронними органами;
 - ✓ інформація щодо сумісності/несумісності хімічних речовин як між собою, так і з іншими речовинами та медикаментами, зокрема алкоголю та антиретровірусними препаратами, які застосовуються для лікування ВІЛ-інфекції або в якості доконтактної профілактики (PrEP);
 - ✓ база друзів до ЧСЧ фахівців з проблематики хімсексу та вживання хімічних речовин;
 - ✓ словник термінів у галузі «хімічного вживання» та хімсексу — з урахуванням як професійної, так і сленгової складової.
5. Зробити проблематику хімсексу та вживання хімічних речовин складовою частиною професійного консультування ЧСЧ в Україні через профільні гарячі телефонні лінії та канали консультування онлайн, до якої відповідні консультанти повинні бути фахово підготовлені.
6. Провести освітні заходи, насамперед — тренінги, для рівних консультантів, аутрич- та інших соціальних працівників ЧСЧ-сервісних НУО, медичного персоналу організацій та установ, які надають послуги ЧСЧ, релевантних працівників/ць структурних підрозділів місцевих органів виконавчої влади, правоохоронців, членів місцевих/регіональних координаційних рад з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, з протидії наркоманії, міжсекторальних робочих груп при цих коордрадах, працівників партнерських НУО та інших зацікавлених сторін з метою збільшення їхньої обізнаності про явище і практики хімсексу, попередження стигматизації та дискримінації ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, та в контексті врахування специфічних потреб ЧСЧ, які вживають хімічні речовини, у пакеті послуг, що надаються ЧСЧ або планується надавати ЧСЧ у зв'язку з ВІЛ.
7. Використовуючи законні та етичні способи, забезпечити лабораторне вивчення справжнього хімічного складу основних речовин, які вживаються українськими ЧСЧ, для конкретизації потенційних ризиків та коригування профільної інформації.
8. Рекомендувати ВІЛ-негативним ЧСЧ, які практикують хімсекс, долучатися до програми доконтактної профілактики (PrEP), пілотне впровадження якої здійснює громадська організація «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ» з грудня 2017 року.
9. Провести національне дослідження з проблематики хімсексу та вживання хімічних речовин серед ЧСЧ для отримання інформації про ситуацію в інших містах України, в т. ч. у біоповедінковому форматі, тобто з компонентом забору крові ЧСЧ для тестування на антитіла до ВІЛ, гепатитів В та С, сифілісу — для отримання інформації про розповсюдженість цих захворювань та зіставлення результатів тестування з даними про поведінкові практики протестованих ЧСЧ.

10. Рекомендувати при опрацюванні даних, отриманих під час останнього проведеного національного біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ, зробити один з акцентів на узагальнення та аналізі інформації, співзвучної з тією, яку викладено в цьому звіті, та подати результати такого узагальнення й аналізу в розгорнутому підсумковому звіті про біоповедінкове дослідження.
11. Ознайомитись із найкращими світовими практиками роботи з ЧСЧ, які вживають хімічні речовини та практикують хімсекс, і провести навчання для рівних консультантів, аутріч- та соціальних працівників, іншого дотичного до проблематики персоналу ЧСЧ-сервісних організацій, а також національних експертів з питань здоров'я й прав геїв та інших ЧСЧ в Україні, що працюють у складі ЕГЗП-Україна, щодо специфіки роботи на базі медичних клінік та неурядових організацій в інших країнах (наприклад, на досвіді клініки «56 Dean Street»⁸ у Лондоні, Велика Британія).
12. Врахувати та висвітлити проблематику хімсексу серед ЧСЧ в Україні у програмному наповненні ключових національних та міжнародних заходів, зокрема, чергової XI Національної конференції ЛГБТ-руху та ЧСЧ-сервісу України (#11NC2017), шляхом проведення усних та/чи постерних презентацій, участі в обговореннях та панельних дискусіях.
13. Налагодити та зміцнити партнерські стосунки в широкому колі зацікавлених сторін на місцевому, національному, регіональному (в межах регіону Центральної і Східної Європи та Центральної Азії) та міжнародному рівнях для ефективної та злагодженої роботи зі зменшення шкоди у зв'язку з вживанням хімічних речовин та щодо хімсексу серед ЧСЧ.
14. У широкому колі зацікавлених сторін вивчити доцільність та проводити адвокаційну роботу у галузі нормативно-правового регулювання, а саме щодо перегляду номенклатури та максимально допустимих обсягів (об'ємів) хімічних речовин, обіг яких в Україні заборонено або обмежено, з урахуванням найкращого світового досвіду та рекомендацій відповідних міжнародних організацій.

⁸ 56 Dean Street clinic: <http://dean.st/>