

Chemsex – en ny problemstilling i spesialisthelsetjenesten



Tom Arild Moe

A-senteret, Kirkens Bymisjon Oslo

tom.arild.moe@bymisjon.no

For de som ønsker hjelp, vil målet være å etablere autentiske og gjensidige rusfrie relasjoner.

Chemsex innebærer bruk av rusmidler før eller under planlagt seksuell aktivitet for å fasilitere, forsterke eller forlenge ulike sider av den seksuelle opplevelsen. Begrepet brukes oftest om inntak av en spesifikk gruppe rusmidler blant menn som har sex med menn (MSM). Begrepet chemsex ble først beskrevet og brakt inn i akademisk litteratur av David Stewart på begynnelsen av 2000-tallet, for å markere en tydelig subkulturell variant av det bredere begrepet seksualisert rusbruk.

En stor andel av de som driver med chemsex, angir at det tilfører det psykososiale og seksuelle livet deres en positiv verdi (Tangerli et al., 2022). Samtidig er det også en betydelig andel som opplever negative sosiale, fysiske og psykiske konsekvenser, i tillegg til skadelig bruk og avhengighet. Noen blir også utsatt for seksuelle overgrep og grenseoverskridelser.

Jeg jobber ved A-senteret i Oslo, drevet av Kirkens Bymisjon. Det er en ideell stiftelse som tilbyr spesialisthelsetjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) etter avtale med Helse Sør-Øst. Her har vi blant annet tilbydd særskilte samtalegrupper for skeive, primært homofile menn, med rusutfordringer siden tidlig på 2000-tallet. De siste fem-ti årene har en stadig større andel av skeive pasienter som vi får henvist, nettopp utfordringer i sammenheng med chemsex.

Problematisk bruk av chemsex er enda ikke anerkjent som en egen diagnose i ICD-10 (World Health Organization, 1992), som vi bruker i Norge i dag, og heller ikke i ICD-11 (World Health Organization, 2022) eller DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Problembrukerne som kommer til behandling i spesialisthelsetjenesten i Norge, får derfor etter all sannsynlighet kun diagnose ut fra sin rusprofil, altså skadelig bruk og/eller avhengighet av sine foretrukne rusmidler. Men klinisk bør kombinasjonen av ruslidelse og tvangsmessig seksuell atferd, som ofte oppstår hos problembrukere, forstås som en blandingsavhengighet (Śniadach et al., 2025). Det tilsier at behandlere i TSB og eventuelt psykisk helsevern (PHV) kan ha behov for noe kompetanse utover det vanlige i møte med disse pasientene.

I det følgende vil jeg formidle generell kunnskap om chemsex og når chemsex blir problematisk, basert på tilgjengelig forskning, klinisk litteratur og egne kliniske erfaringer. Herunder vil jeg gå inn på det jeg velger å kalle seksuell rehabilitering. Målet er å bidra til økt forståelse og flere verktøy for behandlere som kan komme i kontakt med pasientgruppen.

Substanser og virkning

Chemsex innebærer som nevnt inntak av rusmidler i forbindelse med seksuell aktivitet, primært blant MSM. Bruken skjer i en-til-en-møter, på sexklubber, i saunaer eller på private sexfester med opptil mange deltakere. Seanser kan vare over flere døgn, hvor brukerne ofte har ubeskyttet sex med mange ulike partnere. De vanligste substansene som brukes, er crystal meth (krystallinsk metamfetamin, et kraftig stimulantia), gammahydroksybutyrat/gammabutyrolakton (GHB/GBL, fettsyrer med dempende og beroligende virkning lignende alkohol) og mefedron (et syntetisk stimulantia med visse empatogen- og entaktogenlignende egenskaper). Det er primært disse substansene som brukerne

rapporterer gir den ønskede euforien og hemningsløsheten. Andre substanser som ofte er involvert, er kokain, 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA) og ketamin, samt substanser uten eller med mindre fremtredende psykoaktive effekter, som Viagra/Cialis og amylnitritt – også kjent som *poppers*. Metamfetamin er relativt vanlig å injisere, en praksis som kalles *slamming*. Undersøkelser viser at injiserende brukere har særlig risiko for å utvikle negative helseeffekter og avhengighet (f.eks. Íncera-Fernández et al., 2021).

De ulike substansene brukes og kombineres gjerne målbevisst for å dempe eller fremheve ulike sider av brukerens seksuelle opplevelse (Weatherburn et al., 2017). Rusens funksjon kan være økt selvtillit, stamina og utholdenhet, mer tenning og lyst, reduksjon av ulike hemninger, senking av smerteterskelen samt en sterkere opplevelse av empati og nærhet.

Kontekst

Utbredelsen av chemsex antas å ha økt betydelig utover 2010-tallet, godt hjulpet av geolokasjonsbaserte datingapper som Grindr. Appene brukes i utgangspunktet for å finne partnere for dating eller sex, men både chemsex-brukere og selgere av substanser har utviklet et eget språk av fraser og emoji'er for å lett kunne identifisere hverandre. Slikt språk er alltid i endring, men fraser som har vært brukt, er f.eks. *parTy* (stor T for *Tina*, et kallenavn på crystal meth) og *HnH* (High and Horny), eller emoji'er som snøfnugg (*Ice* er et annet kallenavn på crystal meth). Man kan dermed finne andre som ønsker chemsex og som selger substansene man trenger, med bare noen tastetrykk.

Demografisk har pasientgruppen chemsex-brukere blitt beskrevet som å ha høyere sosioøkonomisk status enn typiske avhengighetspasienter, ofte med høy utdanning og yrkesdeltakelse (Íncera-Fernández et al., 2021).

Negative konsekvenser

En metaanalyse utført av Tangerli et al. (2022) viser at en overveiende andel opplever en positiv virkning på sosialt og seksuelt velvære, mens rundt en fjerdedel rapporterer om at det har en negativ effekt på livet. Vanlige negative konsekvenser kan være kraftige nedturer med angst, depresjon og selvmordstanker, og rusutløste psykoser. Mange opplever at substansbruken fører til fiksering eller hyperseksualitet (Schwartz et al., 2025), i en stadig søken etter mer ekstreme seksuelle opplevelser. Disse plages gjerne av anger og skam etterpå over å ha overtrådt egne seksuelle grenser (Fawcett, 2015).

Overdoser av GHB/GBL er vanlig på grunn av det smale terapeutiske vinduet som substanset har. Faren er særlig stor når de brukes samtidig med stimulantia som crystal meth. Chemsex er i tillegg assosiert med økt forekomst av hiv-smitte (humant immunsviktvirus) og andre seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Mange av substansene som brukes, særlig metamfetamin og mefedron, har også høyt avhengighetspotensial (Rusopplysningen, u.å.).

Seksuelle grenseoverskridelser og overgrep er svært vanlig (f.eks. Wilkerson et al., 2021), og det er naturlig å tenke at det skyldes hvordan de involverte substansene påvirker bevissthetstilstand på ulike måter. Noen deltakere kan være mest påvirket av substanser med mer dissosiative egenskaper, som GHB og ketamin. Disse brukerne kan fremstå som våkne, men i realiteten ikke være bevisste og samtykkekompetente. Andre kan være mest påvirket av substanser som øker aggresjonen og risikovilligheten, som metamfetamin (Rusopplysningen, u.å.). Denne påvirkningen kan gjøre disse deltakerne mindre sensitive for andres grenser.



David Fawcett er en amerikansk psykolog som har jobbet mye klinisk med pasienter med chemsex-problemer. I boken *Lust, men and meth* (2015) deler han pasientbeskrivelser av rask toleranseøkning både for rusmidlene og for seksuelle stimuli. Det medfører økte rusdoser eller bruk av mer direkte administrasjonsruter som injisering, men også til stadig mer intense, tabuiserte og mørke seksuelle fantasier og opplevelser. Ofte etableres det relativt ekstreme og monomane *seksuelle skript* (tenningsmønstre), som etter hvert blir de eneste gjeldende. Den tette sammenhengen mellom rusbruk, seksuelle fantasier og sex gjør at chemsex i praksis blir til en kombinasjonsavhengighet med kjennetegn fra både substansavhengighet og atferdsavhengighet (Fawcett, 2015; Śniadach et al., 2025). Seksuelle fantasier, lyst og tenning blir uløselig sammenvevd med rustrang, og lyst og tenning kan heller ikke oppleves uten samtidige fantasier om rus.

Hos personer som ønsker å slutte med chemsex, blir det pekt på at tilbakefall oftere er motivert av ønske om å kjenne på lyst og seksualitet mer enn at de nødvendigvis ønsker rusopplevelsen (Fouchard, 2024). Viktige identitets- og tilhørighetsbærende arenaer som utesteder, apper eller andre møtesteder kan også bli triggere til rustrang, noe som krever en sensitiv vurdering av hvordan pasienter skal forholde seg til disse som rusfri (f.eks. Fouchard, 2024).

Forsterknings- og fasiliteringsmotiver

Ønske om økt opphisselse, lengre varighet av sex, færre hemninger, intensiverte seksuelle følelser og økt seksuell lyst angis som sentrale motiver hos et flertall av brukerne (f.eks. Evers et al., 2020). Det synes naturlig å sortere motivene som henholdsvis *forsterkningsmotiver* og *fasiliteringsmotiver*.

Forsterkningsmotiver innebærer primært en jakt etter sterkere positive seksuelle opplevelser som mer grensesprengende sex, mer nytelse, sterkere følelser og lignende. Personer som i hovedsak styres av slike motiver, kan tenkes å utvikle problemer primært grunnet toleranseutvikling samt at videre rusbruk motiveres av fravær av seksuell lyst og redusert seksuell funksjon i både den akutte og forlengede abstinensfasen.

«Drugs can be used to remove the obstacles that make men less able to have the sex they want» (Weatherburn et al., 2017). Et fasiliteringsmotiv innebærer at rusen brukes for å redusere ulike seksuelle eller relasjonelle hemninger. Behovet for å redusere hemninger drives av et samspill mellom flere ulike psykologiske og kulturelle faktorer, som totalt sett påvirker mange MSMs evne til å nyte homofil sex (Stuart, 2019; Pollard et al., 2017). Blant annet kan nevnes 1) internalisert skam, mangelfullt utviklet sunn homofil identitet og vansker med autentisitet og sårbarhet knyttet til erfaringer med minoritetsstress. Et annet relevant aspekt er 2) kollektive traumer fra hiv-epidemien, som for MSM historisk sett har bidratt til en sterk kobling mellom sex og smittefrykt. Til sist kan mange oppleve 3) en avvisningskultur med strenge kroppsidealer, blant annet drevet frem av tilgjengeligheten av partnere som datingapper gir. Totalt sett kan dette i seksuelle situasjoner føre til for eksempel selvbevissthet, kroppslig misnøye, overfokus på kropp og prestasjon, intimitetsvansker, angst, ensomhet, skam og skyldfølelse. Slike plager kan de ulike rusmidlene dempe eller regulere svært effektivt. Chemsex kan dermed bli en mulighet til å skaffe seg tilgang til en type nærhet eller seksuell utfoldelse som for mange ellers oppleves som utilgjengelig.

Flere kvalitative undersøkelser synes å støtte de ovennevnte antagelsene (f.eks. Fouchard, 2024; Weatherburn et al., 2017). Det er ellers to grupper MSM som ser ut til å være særlig sårbare for de regulerende effektene av rusmidler. Den ene er migranter (Fouchard, 2024), som gjerne har vokst opp i samfunn hvor homofili er betydelig mer skambelagt, tabuisert og antagonisert. Den andre er hiv-positive (Fawcett, 2015), hvor mange lever med ensomhet, avvisning og en følelse av å være uattraktive



og usynlige. Til tross for at et stort flertall av hiv-positive MSM i Norge står på vellykket behandling og ikke kan smitte andre, lever mange fremdeles med sterke stigma og frykt for å smitte. Dette er tydelige ettervirkninger av det delte traumet hiv-epidemien har vært for MSM.



Forekomst, hjelpeønske og erfaringer

Chemsex har sannsynligvis størst utbredelse i byer med store MSM-populasjoner, som New York, London, Sydney og Barcelona. Tallene er ofte hentet fra helsestasjoner som utfører testing for seksuelt overførbare infeksjoner, der man kan forvente en overrepresentasjon, eller fra internettundersøkelser basert på selvutvelgelse, hvor det er uklart representativitet. Det er derfor vanskelig å anslå presist omfanget av chemsex-bruk.

En nyere oversiktsartikkel anslår andelen MSM i Europa som har hatt chemsex siste 12 måneder, til mellom 11 % og 21 % (Coronado-Muñoz et al., 2024). I den norske Olafia-undersøkelsen fra 2016 (Haugstvedt et al., 2018) oppga 17 % av MSM at de hadde hatt chemsex i løpet av de siste 12 månedene. Til sammenligning var norske tall i European MSM Internet Survey (EMIS) på 3 % både i 2017 og 2024, men da var også deltagelse basert på selvutvelgelse. Vi kan anta at det reelle tallet på andelen i MSM-populasjoner som utøver chemsex, ligger et sted mellom 3 % og 17 %. I en nederlandsk undersøkelse av Evers et al. (2020) anga omtrent halvparten av brukerne at de hadde hatt chemsex mer enn to ganger i måneden, og 15–20 % at de ikke hadde hatt rusfri sex de siste tre månedene.

Videre oppga 23 % av chemsex-brukerne som deltok i Evers et al. (2020) at de hadde eller kunne ha behov for rådgivning. Basert på disse tallene vil jeg anta at rundt en fjerdedel av de som har hatt chemsex det siste året, fyller kriteriene for enten skadelig bruk eller avhengighet, og i så måte kunne kvalifisere for rusbehandling. Jeg antar også at andelen som vil kunne kvalifisere for behandling, vil være høyere blant de som *injiserer* metamfetamin.

Av brukerne i undersøkelsen til Evers et al. (2020) hadde 19 % en intensjon om å endre chemsex-atferden, hvor reduksjon av frekvens var det vanligste ønsket (70 %), etterfulgt av å slutte (45 %) og å redusere blandingsbruk (8 %). Videre oppga de fleste at de ville foretrekke å få denne hjelpen ved en helsestasjon for MSM fremfor i spesialisthelsetjenestene. En oversiktsartikkel av Tangerli et al. (2022) fant at mange hadde motstand mot å oppsøke hjelp i ordinære helsetjenester, da de forventet å bli møtt med fordømmelse og/eller kunnskapsløshet. En kvalitativ studie av Freestone et al. (2025) viser at andre igjen oppgir å ha vært i behandling i spesialisthelsetjenester for rus, men uten å snakke om konteksten rusbruken foregår i, for eksempel av frykt for å sjokkere terapeuten med eksplisitte beskrivelser av seksuelle aktiviteter.

Brukere av chemsex har videre rapportert at de opplever helsetjenester for MSM fra frivillige organisasjoner som trygge og fordomsfrie arenaer hvor de kan snakke fritt om chemsex – i motsetning til i spesialisthelsetjenester (f.eks. Hibbert et al., 2021). De ansatte på slike førstelinjearenaer angir imidlertid selv at de ikke har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder rusavhengighet (Fouchard, 2024; Wiggins et al., 2018).

Kliniske implikasjoner

Chemsex kan som nevnt utvikle seg til en tilstand hvor tvangsmessig rusing og tvangsmessige seksuelle impulser og handlinger blir tett vevd inn i hverandre. Hjelperne av slike pasienter vil trenge kunnskap om dette for å kunne gi kompetent støtte. Pasientene må gjennom en abstinensfase ofte

preget av frykt for permanent tap av libido og ereksjon, og vil i tillegg måtte navigere andre seksuelle og nettverksrelaterte rustriggere som kan være av identitetsbærende karakter. Mange vil også trenge en form for seksuell rehabilitering som et integrert ledd i rusbehandlingen, hvor de får hjelp til å etablere nye tenningsmønstre basert på andre typer stimuli. Videreføring av tenningsmønstre involvert i chemsex-aktivitet vil med stor sannsynlighet medføre tilbakefall til rusing.

Fawcett (2015) beskriver flere mulige elementer i en slik prosess. Dette inkluderer en lengre periode med avhold fra all seksuell aktivitet, inkludert masturbasjon. Deretter har pasientene en gradvis tilnærming til seksuell aktivitet hvor de primært bør fokusere på tilstedeværelse og sansning. Det bør ikke være med elementer som har vært en del av chemsex-aktiviteten, og heller ikke være ekstreme scenarioer eller overstimulering. Når man etter hvert, hvis man ikke har en partner, begynner å involvere andre mennesker i sex igjen, anbefales det at pasientene forsøker å dyrke de interpersonlige og emosjonelle sidene ved sex. Hvis man klarer å få til en genuin emosjonell kobling gjennom de seksuelle handlingene, er det noe mange opplever kan være vel så tilfredsstillende som de tidligere seksuelle skriptene. Det overordnede målet med rehabiliteringen er å hele seksuelle lyster og å legge grunnlaget for å tillate seg å oppleve reell intimitet uten rus.

I prosessen med å stimulere til en seksualitet som er mer basert på nærhet og intimitet, vil mange pasienter måtte gå i møte med nettopp de sårbarhetene som har vært med på drive dem inn i chemsex. For å hjelpe pasientene å arbeide seg gjennom dette kreves en forståelse av hvordan minoritetsstress henger sammen med internalisert skam, og hvilke konsekvenser dette kan ha for etableringen av sunn identitet og selvbilde. Målet er på sikt å kunne etablere autentiske og gjensidige rusfrie relasjoner. Dette krever at pasientene etablerer kontakt med det avstengte, sårbare og tabuiserte, og i større grad kan tillate seg å dele det uten rus. Dette er en helt sentral del i terapien med disse pasientene. Mange vil i tillegg ha erfart seksuelle grenseoverskridelser, enten som utøvere eller ofre, og vil kunne ha behov for strukturert bearbeiding av slike opplevelser.

På systemnivå er det viktig med tiltak for å imøtekomme brukernes negative forventninger til det ordinære hjelpeapparatet. Forskningen indikerer nemlig at hvis brukerne først oppsøker slik hjelp, blir de negative forventningene deres ikke nødvendigvis bekreftet (f.eks. Fouchard, 2024). Prinsippet som tiltaket Rosa kompetanse har målbåret over tid i Norge, er at behandlingsapparatet må finne måter å tydelig signalisere åpenhet og aksept på for å tematisere forhold knyttet til seksualitet og kjønnsidentitet. Det er rimelig å anta at dette også gjelder chemsex. Ruspoliklinikker, i hvert fall i de større byene, bør også inkludere eksplisitte spørsmål om chemsex i sine basiskartlegginger. På mindre steder vil det sannsynligvis være tilstrekkelig å spørre ved indikasjon ut fra statistiske risikofaktorer (se f.eks. Amundsen et al., 2022).

Det er også viktig å jobbe på tvers av etater og organisasjoner for å senke terskelen for å oppsøke hjelpeapparatet. Mange av personene som er mest sårbare for negative konsekvenser av chemsex-bruk, er de som lever med høyest grad av skam og stigma. Det er også disse som i større grad frykter det offentlige hjelpeapparatet, grunnet blant annet journalføringsplikt. A-senteret i Oslo hvor jeg jobber, har derfor etablert mer eller mindre formaliserte samarbeid med ulike aktører som nyter tillit i den skeive populasjonen. Det gjelder fastlegekontorer med mange MSM på sine lister, samt organisasjoner som Helseutvalget og Sex og samfunn. Vi har slik nådd pasienter vi ellers tror ikke ville ha oppsøkt rusbehandling.

Referanser

AIDS-Fondet & Fouchard, J. (2024). *Den perfekte storm – Sundhedsmæssige konsekvenser af sex på substanser* (Rapport). AIDS-Fondet.



- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publications.
- Amundsen, E., Haugstvedt, Å., Skogen, V. & Berg, R. C. (2022). Health characteristics associated with chemsex among men who have sex with men: Results from a cross-sectional clinic survey in Norway. *PLoS ONE*, 17(10), e0275618. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275618>
- Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E. & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized drug use and chemsex among men who have sex with men in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1812. <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>
- Evers, Y. J., Hoebe, C. J. P. A., Dukers-Muijers, N. H. T. M., Kampman, C. J. G., Kuizenga-Wessel, S., Shilue, D., Bakker, N. C. M., Schamp, S. M. A. A., van Buel, H., van der Meijden, W. C. J. P. M. & van Liere, G. A. F. S. (2020). Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex: A cross-sectional study in the Netherlands. *Preventive Medicine Reports*, 18, 101074. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101074>
- Fawcett, D. M. (2015). *Lust, men and meth: A gay man's guide to sex and recovery*. SFL Center for Counseling and Therapy.
- Freestone, J., Xiao, B. J., Siefried, K. J., Bourne, A., Ezard, N., Maher, L., Stirling, R., Degenhardt, L., Varma, R., Prestage, G. & Hammoud, M. (2025). Exploring experiences of talk therapies among gay and bisexual men seeking to reduce or abstain from using crystal methamphetamine in the context of chemsex. *Drug and Alcohol Review*, 4(3), 711–722. <https://doi.org/10.1111/dar.13999>
- Haugstvedt, Å., Amundsen, E. & Berg, R. C. (2018). Chemsex among men: A questionnaire study. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(13). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0108>
- Hibbert, M. P., Hillis, A., Brett, C. E., Porcellato, L. A. & Hope, V. D. (2021). A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *International Journal of Drug Policy*, 93, 103187. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103187>
- Íncera-Fernández, D., Gámez-Guadix, M. & Moreno-Guillén, S. (2021). Mental health symptoms associated with sexualized drug use (chemsex) among men who have sex with men: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13299. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413299>
- Pollard, A., Nadarzynski, T. & Llewellyn, C. (2017). Syndemics of stigma, minority stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Culture, Health & Sexuality*, 20(4), 411–427. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1350751>
- Rusopplysningen. (u.å.). *Informasjon om rusmidler*. <https://rusopplysningen.no/rusmidler>
- Schwarz, J., Gertzen, M., Rabenstein, A., Straßburger, M., Horstmann, A., Pogarell, O., Rütger, T. & Karch, S. (2025). What Chemsex does to the brain – neural correlates (ERP) regarding decision making, impulsivity and hypersexuality. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 275(1), 227–240. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01856-2>
- Śniadach, J., Orlof, W., Sołowiej-Chmiel, J., Kicman, A., Szymkowiak, S., & Waszkiewicz, N. (2025). Chemsex as a Diagnostic Challenge: Toward Recognition in ICD-12 and Integrated Treatment Approaches-A Narrative Review. *Journal of clinical medicine*, 14(17), 6275. <https://doi.org/10.3390/jcm14176275>
- Stuart, D. (2019). Chemsex: Origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1). <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>
- Tangerli, M. M., Godynyuk, E. A., Gatica-Bahamonde, G., Neicun, J., Van Kessel, R. & Roman-Urrestarazu, A. (2022). Healthcare experiences and barriers for men who have sex with men



- (MSM) who engage in chemsex. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 2, 100–104. <https://doi.org/10.1016/j.etched.2022.100043>
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. & Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs («chemsex») among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203–206. <https://doi.org/10.1136/sxtrans-2016-052695>
- Wiggins, H., Ogaz, D., Mebrahtu, H., Sullivan, A., Bowden-Jones, O., Field, N. & Hughes, G. (2018). Demand for and availability of specialist chemsex services in the UK: A cross-sectional survey of sexual health clinics. *International Journal of Drug Policy*, 55, 155–158. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.12.016>
- Wilkerson, J. M., Di Paola, A., Nieto, D., Schick, V., Latini, D. M., Braun-Harvey, D., Zoschke, N. & McCurdy, S. (2021). Sexual Violence and Chemsex among Substance-Using Sexual and Gender Minorities in Texas. *Substance Use & Misuse*, 56(14), 2141–2150. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1975743>
- World Health Organization. (1992). *ICD-10: International Classification of mental and behavioural disorders* (10th Revision).
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of Diseases* (11th Revision).

