

Prevenzione ed *empowerment* nella comunità omosessuale maschile: difficoltà e risorse

Articolo pubblicato: Graglia M. (2001), Prevenzione ed empowerment nella comunità omosessuale maschile: difficoltà e risorse, *Personalità/Dipendenze*, 3, pagg. 341-348.

La comunità omosessuale maschile è stata la sub-popolazione più colpita dall'HIV/AIDS negli Stati Uniti e nel Nord Europa. Negli U.S.A. nel 1989 ad esempio gli uomini infettati attraverso rapporti omosessuali rappresentavano il 61% del totale (Centers for Disease Control, 1990). Un pattern che differisce da quello osservato in Africa dove la modalità di trasmissione è prevalentemente eterosessuale e da quello italiano dove il gruppo più rappresentato è quello dei tossicodipendenti.

Se si pensa che la popolazione con un orientamento prevalentemente omosessuale costituisce circa il 5-7% della popolazione generale si comprende l'emergenza sanitaria che l'AIDS ha costituito per la comunità omosessuale. Ciononostante negli ultimi anni si sta assistendo ad un abbassamento della soglia di attenzione da parte dei gay rispetto a questa malattia. Le ragioni sono molteplici, ad iniziare dai progressi farmacologici che si presume permetteranno di cronicizzare la malattia e quindi di convivere con essa più a lungo, fino al crescente sentimento di fatalismo e al senso di colpa per essere sopravvissuti. Le continue esortazioni al sesso sicuro poi possono aver saturato il sistema ricettivo, oltre al fatto che esiste una notevole instabilità e variabilità intraindividuale nei pattern comportamentali. Alcuni uomini gay, infatti, alternano periodi di pratiche sicure a periodi di pratiche a rischio, altri cambiano opinione nel corso del tempo su cosa sia una pratica sicura, indipendentemente dagli aggiornamenti scientifici (Kippax et Al., 1993). Per molti gay, infatti, la sfida non è iniziare ad adottare pratiche sicure, ma continuarle nel tempo (Stall, 1994). Non ultima si consideri la diffusione di informazioni contrastanti sui comportamenti da considerare pericolosi: ridurre il numero dei partner? Utilizzare il preservativo senza curarsi del numero dei partner? Evitare il rapporto anale? Accettare il rapporto orale evitando il contatto con il seme?

A fronte di questa confusione alcune associazioni gay hanno preferito optare, nelle loro campagne di prevenzione, per il safer sex (riduzione del rischio) che per il safe sex (eliminazione del rischio). Una ricerca ha infatti suggerito che i gay tendono a dividere il rischio in due categorie: il rischio accettabile (bacio, masturbazione reciproca, sesso oro-genitale senza eiaculazione con il partner occasionale e con eiaculazione con il partner fisso e rapporti anali protetti) e il rischio grave (sesso oro-genitale non protetto con eiaculazione in bocca e rapporti ricettivi anali non protetti) (Lowy e Ross, 1994).

L'abbassamento dell'attenzione ha inoltre determinato una sorta di "degayizzazione" dell'AIDS e cioè una crescente invisibilità delle tematiche gay nei discorsi istituzionali sulla promozione della salute. Si paventa quindi, come evidenziano alcune ricerche qui presentate, un ritorno a pratiche a rischio da parte dei gay, in specie nei giovani, tale da determinare una seconda ondata dell'epidemia.

I comportamenti sessuali a rischio sono molto più diffusi in soggetti di 15-24 anni; secondo l'OMS, infatti, in molti paesi il 60% circa dei nuovi contagi da HIV si verifica in questa fascia di età (WHO, 1993). Durante gli anni '80 negli U.S.A. l'età media delle persone infettate dal virus superava i 30 anni, ma dal 1987 al 1991 l'età è scesa a 22 anni (Rosenberg, Biggar, Goedert, 1994). Il rapporto finale della Commissione statunitense sulle politiche AIDS ha enunciato nel 1996 che la proporzione di infezione tra i giovani maschi che praticano sesso con altri maschi è di sette volte superiore alla popolazione generale (Office of National AIDS Policy, 1996). Un dato da non negligenza, come quello di uno studio americano che ha stimato che un ragazzo di 20 anni che fa sesso con un altro uomo ha il 20,2% di probabilità di sieroconvertirsi prima di raggiungere i 25 anni (Hoover, Mu-oz, Carey, 1991). Un'altra ricerca, infine, su 2.000 uomini frequentatori di bar gay in 16 città americane, ha constatato che il 31%, in maggioranza giovani, aveva avuto nel mese precedente rapporti anali senza condom (Kelly et al., 1992).

In Italia i dati relativi alla prevalenza dell'infezione tra i giovani gay sono quasi inesistenti. Una ricerca su un gruppo di giovani omosessuali a Bologna ad esempio esemplifica le dimensioni del rischio HIV tra questi (Pietrantonio, 1999). I risultati indicano una prevalenza più che doppia in confronto alla popolazione generale nella provincia di Bologna (Osservatorio epidemiologico di Bologna, 1997). Nonostante i limiti della ricerca e la conseguente cautela con cui si devono assumere i risultati è indispensabile considerare la maggiore propensione al sesso non protetto da parte dei giovani gay.

Gli omosessuali adolescenti condividono con i loro coetanei eterosessuali alcune caratteristiche che li espongono ad un maggior rischio: la percezione di invulnerabilità (Fisher, 1992); la tendenza, da parte delle nuove generazioni, a un più precoce inizio dell'attività sessuale e un conseguente aumento della promiscuità (Usieto e Sastre, 1996); una cultura che induce a valutare positivamente la tendenza a correre rischi (Usieto e Sastre, 1996); l'incapacità di valutare la gravità delle conseguenze del contagio; il bisogno di aderire alle norme dei pari (WHO, 1993); il reperimento del partner nel gruppo amicale che induce a credere di essere al sicuro; l'inesperienza nel negoziare un rapporto protetto. La maggior parte dei giovani infine non pianifica le attività sessuali e teme di sciupare l'atmosfera romantica usando metodi preventivi (Lowenstein e Furstenberg, 1991).

A questi fattori si aggiunga, per gli adolescenti gay, il fatto che il rapporto sessuale è strumento privilegiato di scoperta di sé e di acquisizione di identità, che l'interazione sociale è solitamente più orientata al coinvolgimento sessuale e ad una maggiore promiscuità e che l'uso di sostanze stupefacenti è tollerato nella comunità gay. Lo stesso coming out (autoriconoscimento e svelamento della propria identità omosessuale agli altri) può essere un periodo di grande turbolenza emotiva, di confronto/scontro con i pari, la famiglia e la società in generale. Il disorientamento e il disagio emotivo che accompagnano le varie fasi del coming out possono incidere sull'autostima determinando un abbassamento del tono dell'umore e una riduzione della self-efficacy e quindi della motivazione a proteggersi (Gonsiorek, 1989). Una ricerca ha infatti verificato che il coming out favorisce l'esperienza sessuale a scapito delle considerazioni sulla propria salute (Flowers et al., 1998).

Molti giovani gay inoltre percepiscono l'AIDS come una malattia delle generazioni passate di omosessuali e si sentono protetti quando fanno sesso con uomini giovani. Una ricerca su un gruppo di 156 giovani gay ha individuato sette fattori che spiegano perché questi adolescenti sono risultati essere a rischio HIV: il precoce inizio dell'attività sessuale, l'iniziale coinvolgimento sessuale con partner più anziani, l'uso del condom solo dopo il debutto sessuale, l'elevata promiscuità e il sesso mercenario. Inoltre molti riportavano almeno un partner a rischio HIV e la maggior parte dei soggetti della ricerca avevano avuto rapporti sessuali non protetti negli ultimi tre mesi (Rosario et al., 1999).

Non essendo ancora disponibili né un vaccino né una cura per l'AIDS le strategie preventive sono alla base della lotta a questa malattia. Ormai è evidente che fornire un'informazione completa è necessario ma non sufficiente per produrre un cambiamento nei comportamenti sessuali. Il messaggio volto alla modificazione comportamentale deve saper conciliare la forma e il contenuto, valutando i fattori individuali e quelli sociali che

facilitano o si oppongono al cambiamento, in modo da proporre nuove e più efficaci campagne preventive che sappiano considerare variabili individuali, interpersonali e sociali e che sappiano soprattutto rivolgersi al target individuato, in questo caso ai giovani gay, alla loro sub-cultura e ai loro stili di vita.

Uno studio ha identificato i temi che i professionisti della salute mentale dovrebbero considerare nell'approntare strategie preventive per gli uomini omosessuali e bisessuali: l'uso di un linguaggio che identifichi positivamente l'identità omosessuale, l'uso discreto di etichette per gli uomini che fanno sesso con altri uomini (non tutti si definiscono gay), l'autoaccettazione, il coming out, l'omofobia interiorizzata e le questioni delle coppie gay (Cornelson, 1998).

Gonsiorek (1991) suggerisce, come obiettivo primario delle campagne preventive, l'eroticizzazione del *safe sex* e del sesso senza penetrazione, la disincentivazione dell'uso di sostanze durante il rapporto sessuale e solo secondariamente l'uso del preservativo. Il condom infatti, secondo lo psicologo sociale, richiederebbe numerose competenze comportamentali: un'appropriata selezione del preservativo e del lubrificante, una corretta conservazione di entrambi, un'appropriata vestibilità, un'attenta rimozione e il continuo monitoraggio durante l'attività sessuale ai segni di rottura.

Può essere utile quindi riflettere sulle modalità preventive che si intendono promuovere e sul profilattico in particolare. Il condom può essere "significato" in molti modi: barriera all'intimità, ostacolo per il piacere sessuale, fattore di imbarazzo, perturbatore dell'atmosfera romantica, evocatore della malattia, regola imposta da non rispettare, strumento di contraccezione che riguarda solo gli eterosessuali, strumento di prevenzione e rituale erotico.

I fattori che influenzano la messa in atto di comportamenti a rischio sono molteplici e complessi; secondo il modello delle credenze sanitarie (Janz e Becker, 1984) l'adozione di un comportamento sessuale sicuro è dovuto oltre alla consapevolezza della propria vulnerabilità e alla considerazione che i benefici superino i rischi, alla credenza nella gravità della malattia. Si intuisce quindi che ritenere l'HIV/AIDS un'emergenza superata nella comunità omosessuale possa indurre alcuni ad allentare la guardia sul versante della prevenzione e altri ad abbandonare le pratiche sicure.

Il modello dell'azione ragionata (Ajzen e Fishben, 1980) pone invece l'accento sull'accettazione sociale e sulla percezione delle opinioni e delle abitudini dei pari nel

guidare le scelte del singolo. La difficoltà riscontrata dagli operatori che si occupano di prevenzione negli adolescenti gay è proprio relativa al fatto che le nuove generazioni non hanno vissuto l'impatto devastante dell'epidemia dell'AIDS che ha falciato migliaia di vite di ragazzi omosessuali. Spesso infatti i giovani gay non conoscono personalmente sieropositivi, da qui la sensazione che il contagio e poi la malattia siano qualcosa di estraneo alla loro esperienza.

Tra i principali fattori che influenzano la messa in atto di comportamenti sessuali a rischio (conoscenze; percezione del rischio; valutazione delle conseguenze del contagio; variabili relative allo stato psicologico; uso di alcool e stupefacenti; età di inizio dell'attività sessuale; atteggiamenti verso il profilattico; difficoltà pratiche nel procurarsi il profilattico; influenze sociali; comunicazione e grado di intimità tra i partner; differenze tra i sessi) si rivela qui fondamentale soffermarsi sulle variabili relative allo stato psicologico tra cui l'autostima e la self-efficacy.

L'AIDS ha infatti interferito con la capacità dei gay di affrontare il loro orientamento sessuale; la paura dell'AIDS, come fa notare lo psicoterapeuta Isay (1989) ha esacerbato i conflitti che alcuni gay hanno relativamente ai loro desideri anali passivi, facendoli sentire cattivi e meritevoli di una punizione, contribuendo infine a far percepire la stessa omosessualità come perversa. Paure e significati della ricettività sessuale incidono sicuramente sull'assunzione del rischio HIV. Questa malattia ha evocato fantasie di colpa e di aggressività e i gay possono avvertirsi come portatori di morte, complice di questo la costruzione culturale dell'AIDS.

Lo stato di salute è un equilibrio tra tre dimensioni: biologica, psicologica e sociale. Quest'ultima può determinare alcuni ostacoli alla prevenzione dell'HIV, infatti un atteggiamento negativo verso l'omosessualità si associa a credenze scorrette, a atteggiamenti discriminatori, ad una bassa percezione del rischio e di conseguenza a una mancanza di prevenzione (Di Clemenste, 1990). L'omofobia presente nella nostra società può dunque interferire con la prevenzione, ad esempio può scoraggiare i giovani gay a rivolgersi ai servizi, come al medico di base (Grossman, 1994).

La costruzione culturale dell'AIDS ha rappresentato questa malattia come una colpa (c'è un'assunzione di rischio e quindi la responsabilità dell'infezione) tanto che le rappresentazioni sociali distinguono le vittime colpevoli (omosessuali e tossicodipendenti) da quelle innocenti (emofiliaci e bambini), cosicché ai suoi esordi la "malattia degli omosessuali" fu trascurata anche dai mass media (Kinsella, 1989). L'AIDS riattiva antiche

paure, prima fra tutte la paura del contagio; la medicina sembrava poter controllare ogni epidemia, l'HIV/AIDS ha invece rievocato antichi fantasmi che associano l'omosessualità alla morte e alla maledizione.

Una recente ricerca americana attesta quanto ancora sia ancora diffuso e radicato lo stigma correlato all'AIDS che vede i gay come colpevoli della loro infezione (Herek, Capitano, 1999). L'HIV produce una doppia sanzione, da un lato per l'appartenenza ad un gruppo stigmatizzato e dall'altro per la condizione di deviante sociale che immediatamente conferisce (Herek, 1996).

A questo riguardo è d'uopo fare alcune precisazioni sul concetto di "categoria a rischio" che è stato rifiutato in Italia e sostituito dal concetto di "comportamenti a rischio" proprio per evitare la stigmatizzazione. Parlare in termini di comportamenti significa infatti non censurare il gruppo a rischio, ma nello stesso tempo ci si priva di un costrutto epidemiologico utile ad individuare la sottopopolazione a rischio e ad avere così un accesso più immediato alle risorse istituzionali.

Fin qui alcune difficoltà del fare prevenzione nella comunità omosessuale. Per quanto concerne invece le risorse è la teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1989) ad indicare, nell'esistenza di un supporto sociale, l'elemento facilitante e stabilizzante il cambiamento. L'epidemia di AIDS ha fatto sì infatti che i gay si organizzassero e si mobilitassero per diventare un agente di cambiamento sociale e politico, "una comunità competente" per dirla con Iscoe (1974) e cioè una comunità che sa generare opportunità, sa come ottenere risorse e favorire l'autostima, l'ottimismo e la motivazione.

Qualora questa centratura sulle risorse locali, sulla partecipazione in prima persona e sulla responsabilizzazione senza delega all'esperto, si associno ad una collaborazione con i sistemi formali di sostegno, gli esiti dell'intervento preventivo migliorano. Il concetto di empowerment ben esprime tutto questo, come potenziamento, sviluppo delle risorse personali, acquisizione delle competenze sociali e in ultima analisi acquisizione di potere. E' chiaro qui il riferimento al *locus of control* interno (Rotter, 1966) e alla *self efficacy* (Bandura, 1984), dove il primo si riferisce alla percezione di controllare attivamente gli eventi e il secondo alle credenze circa le proprie capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Non si dà empowerment, ma se ne favorisce lo sviluppo: partendo da sé per raggiungere l'altro e ritornare quindi a sé, alimentando un circolo virtuoso.

Le maggiori difficoltà a tradurre le conoscenze sulle pratiche del sesso sicuro in comportamento sono da ricercarsi come abbiamo visto a più livelli. È essenziale però partire dall'esplorazione personale di alcune tematiche, sia come omosessuale che vuole adottare pratiche sicure sia come *counsellor*, eterosessuale o omosessuale che sia, che propone queste pratiche.

L'infezione da HIV comporta situazioni che difficilmente sono emotivamente neutre per l'operatore. L'efficacia del counselling dipende quindi molto dalla conoscenza di sé, dall'accettazione della propria o altrui omosessualità e dalla capacità di autogestione emotiva.

Il counselling per la prevenzione dell'AIDS è una sorta di "viaggio interiore" dove la relazione con l'altro e l'autoconsapevolezza sono i cardini. Analizzare le proprie motivazioni è necessario: che cosa si sta facendo? Perché? La rappresentazione sociale dell'infezione che impatto hanno sulla persona *counsellor*? Le regole della prevenzione sono condivise da parte dell'operatore?

Lavorare nell'ambito della prevenzione dell'AIDS richiede di affrontare la propria mortalità e l'angoscia a essa legata, di confrontarsi con la perdita, l'impotenza, la dipendenza e il lutto. Le persone operanti nella prevenzione HIV si confrontano infatti, come fanno notare Dunkel e Hatfield (1986), con la paura dell'ignoto, la paura del contagio, la paura della morte, la negazione della disperazione, la paura dell'omosessualità, l'iper-identificazione, la rabbia, il bisogno di onnipotenza professionale. Tutti fattori che possono facilitare il meccanismo di proiezione di malattia sul cliente.

Conoscere se stessi è un imperativo più che mai valido in questo contesto ed implica individuare e valutare le proprie risorse e vulnerabilità, riflettendo sulle premesse personali, sulla propria scala di valori, i propri pregiudizi, il contatto con le proprie emozioni, le modalità abituali di comunicare e il linguaggio non verbale, le difficoltà e le idiosincrasie personali, il proprio modo di accettare la morte e la sofferenza.

Promuovere la salute significa promuovere necessariamente la consapevolezza; è auspicabile quindi che fare prevenzione nella comunità omosessuale rappresenti anche l'opportunità di riflettere su alcune questioni fondamentali, sia che si rivesta il ruolo di utente sia quello di operatore. Entrambi a tal fine possono chiedersi quali sono le dimensioni che prevalgono nella propria rappresentazione dell'omosessualità, i significati che si danno al sesso e all'amore, alla monogamia e alla promiscuità, le rappresentazioni dell'ambiente

gay, il significato della sicurezza (cosa dipende da noi, cosa dipende dagli altri) e della responsabilità.

Un altro tema fondamentale nell'opera preventiva è il concetto di fiducia. Sussiste infatti una relazione paradossale tra intimità e rischio sessuale. La prevalenza di sesso non protetto risulta infatti maggiore nella relazione con il partner stabile, con il quale subentra la convinzione che la conoscenza e la fiducia nell'altro siano fattori protettivi.

In una ricerca su soggetti omosessuali le parole amore, fiducia e coinvolgimento vennero infatti usate più spesso per spiegare l'assunzione di rischio che per spiegare il safer sex. La ricerca suggerisce che i ragazzi gay che desiderano una relazione a lungo termine e che più sono dipendenti dal legame praticano più sesso a rischio ed infine evidenzia che richiedere sesso sicuro al partner è connotato negativamente (sospetto di relazioni extraconiugali, ecc.) (Appleby, Miller e Rothspan, 1999). Si evidenzia quindi la necessità di ridiscutere il concetto assunto da certe campagne preventive che, sottolineando l'importanza di conoscere il partner, rischiano di essere controproducenti.

La prevenzione prevede un percorso non solo fatto di trasmissione di conoscenze, ma essenzialmente di affettività per sollecitare ognuno a prendere decisioni, ad autovalutarsi, a chiedere aiuto e a utilizzare precauzioni per ridurre il rischio a sé e agli altri.

Promuovere la salute significa primariamente fare in modo che si stia bene con se stessi e gli altri e che si acquisisca fiducia in se stessi e nelle proprie capacità, e in ultima analisi volersi bene in quanto uomini omosessuali. Compito arduo per una persona omosessuale che vive in una società che spesso stigmatizza e discrimina gli individui con quest'orientamento. Come gli altri ci vedono e ci guardano viene infatti a far parte di quello che siamo, in tal modo l'omofobia viene a far parte dell'io, influenzando l'autostima e le relazioni oggettuali, e del Superlo, contribuendo alla formazione del senso di colpa e del comportamento autopunitivo (Maylon, 1982).

E' ovvio che il valore attribuito dal soggetto al proprio Sé e quindi alla propria salute correla positivamente con l'adozione di pratiche protette, infatti gli individui che danno meno valore alla propria salute tendono a praticare rapporti non protetti con partner occasionali. Assegnare un valore positivo alla propria salute presuppone però dare senso al futuro e progettarlo; per alcuni omosessuali quest'operazione potrebbe risultare problematica per mancanza di informazioni, di modelli di riferimento e per l'enfasi della bellezza e della giovinezza che la comunità omosessuale maschile pone (Pietrantoni, Sommantico e

Graglia, 2000). Se il futuro non ha significato non lo ha nemmeno bilanciare, in un rapporto sessuale, la perdita momentanea di piacere con i benefici del sesso sicuro a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

Ajzen I., Fishbein M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour, Prentice-Hall: Englewood Cliffs.

Appleby P.R., Miller L.C., Rothspan S. (1999). The paradox of trust for male couples: When risking is part of loving, *Personal Relationships*, 6(1), 81-93.

Bandura A. (1984). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection, in Mays V.M., Albee G.W., Schneider S.F., *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*, Sage Publications: Newbury Park, California.

Centers of Disease Control (1990, January). HIV/AIDS surveillance report. Authr: Atlanta

Cornelson B. M. (1998). Addressing the sexual health needs of gay and bisexual men in health care settings, *Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(3), 261-271.

Di Clemente R., (1990). Adolescents and AIDS : Current research, prevention, strategies and policy implications, in Temoshok L., Baum A. eds., *Psychological perspectives on AIDS*, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Pub.

Dunkel J., Hatfield S. (1986). Countertransference issues in working with people with AIDS, *Social Work*, 4, 114-117.

Fisher J.D. (1992). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS. Risk behaviour and AIDS prevention, *American Psychological Psychologist*, 43, 9134-9145.

Flowers P., Smith J., Sheeran P., Beail N. (1998). "Coming out" and sexual debut: Understanding the social context of HIV risk-related behaviour, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8(6), 409-421.

Gonsiorek J. (1989). Mental health issues of gay and lesbian adolescents, *Journal of Adolescent Medicine*, 9, 114-122.

Gonsiorek J.(1991). AIDS prevention and public policy: The experience of gay males, in Gonsiorek J., Weinrich J.D. eds., *Homosexuality: Research implications for public policy*, Sage Publications.

Grossman A.H. (1994). Homophobia: a cofactor ofHIV disease in gay and lesbian youth. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 5, 39-43.

Herek G.M. (1996) Illness, stigma and AIDS in, Lewy S.M., Madoh S.R.,Taylor S.E., Wentlieb D.L., *psychological Aspects of Serious illness: Chronic conditions, fatal diseases and clinical care*, American Psychological Association.

Herek G., Capitanio J.P. (1999). AIDS stigma and sexual prejudice, *American Behavioral Scientist*,, 42(7), 1130-1147.

Hoover DR, Mu-oz A, Carey V (1991). Estimating the 19878-1990 and future spread of human immunodeficiency virus type 1 in subgroups of homosexual men. *American Journal of Epidemiology*, 134:1190-1204.

Isay R. (1989). *Essere omoessuali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996.

Iscoe I. (1974). Community psychology and the competent community, *American Psychologist*, 29, 607-613.

Janz N., Becker M. (1984). The health belief model: a decade later, *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

Kelly J.A., Murphy D.A., Roffman R.A., Salomon L.J., Winnett R.A., Stevenson L.Y., Koob J., Ayotte D., Flym B., Desiderato L., Hauth A., Lemke A., Lombard D., Morgan M., Normen A., Sikkema K., Steiner S., Yaffe D., (1992). Acquired immunodeficiency syndrome/human immunodeficiency virus risk behaviour among gay men in small cities, *Archives of Internal Medicine*, 152, 2293-2297.

Kinsella J. (1989). *Covering the plague: AIDS and the American media*, New Brunswick NJ: University Press.

Kippax S., Crawford J., Davis M., Rodden P., Dowset G. (1993). Sustaining safe sex: A longitudinal study of a sample of homosexual men, *AIDS*, 7, 257-263.

Lowenstein G., Furstenberg F. (1991). Is teenager sexual behaviour rational? *Journal of Applied Social Psychology*, 21(12), 957-986.

Lowy E., Ross M. W., (1994). It'll never happen to me": gay men's beliefs, perceptions and folk constructions of sexual risk, *AIDS Education and Prevention*, 6, 467-482.

Maylon A.K. (1982). Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men. *Journal of Homosexuality*, 7(23), 53-69.

Office of National AIDS Policy (1996). *Youths and AIDS: An American Agenda*. Report to the President, Washington: Office of National AIDS Policy.

Osservatorio Epidemiologico di Bologna (1997). *Aggiornamento epidemiologico dei casi di AIDS*, dicembre.

Pietrantonio L., Sommantico M. (1999). Giovani omosessuali e rischio HIV: il caso di Bologna in prospettiva psico-sociologica, *Polis*, 3, 409-427.

Pietrantonio L., Sommantico M., Graglia M. (2000). Anzianità impreviste: una ricerca su omosessualità e terza età, *La Rivista di Servizio Sociale*, 1, 31-42

Rosario M., Meyer Bahlburg H., Hunter J., Gwadz M. (1999). Sexual risk behaviors of gay, lesbian, and bisexual youths in New York City: Prevalence and correlates, *AIDS Education and Prevention*, 11(6), 476-496.

Rosenberg P.S., Biggar R.J., Goedert J.J. (1994). Declining age at HIV infection in the United States. *New England Journal of Medicine*, 330, 789-790.

Rotter J.B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80(1), 609-615.

Stall R. (1994). How to lose the fight against AIDS among gay men: declare victory and leave the field, *British Medical Journal*, 309:685-686.

Usieto R., Sastre J. (1996). Comportamento sessuale e trasmissione del virus di immunodeficienza umana, in Petrillo, 309-326.

World Health Organisation (WHO) (1993). La strategia mundial contra el SIDA, Serie OMS sull'AIDS, n.11, Geneva.

SITOGRAFIA

<http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/aids.html>