

L'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI NEI GAY E NELLE LESBICHE

Articolo pubblicato: Graglia M. (2000). L'uso di sostanze stupefacenti nei gay e nelle lesbiche,
Personalità/Dipendenze, 2, p. 35-42

Riassunto

Questo articolo investiga il legame tra l'uso di sostanze stupefacenti e l'orientamento omosessuale. La domanda che l'autrice pone è se l'uso di sostanze costituisca una problematica particolare per i gay e le lesbiche.

La rassegna della letteratura scientifica suggerisce che vi sia un maggior rischio per i gay e le lesbiche di sviluppare problemi alcool/droga correlati.

Le teorie più accreditate spiegano il maggior coinvolgimento dei gay e delle lesbiche nel comportamento additivo attraverso il concetto di omofobia (esteriore e interiorizzata).

Key words: orientamento omosessuale, gay, lesbica, tossicodipendenza, alcolismo.

Introduzione

Riferire, come si fa nel titolo, l'uso di sostanze stupefacenti alla comunità gay e lesbica può far credere che si tratti di un gruppo omogeneo; l'orientamento sessuale in realtà è una delle tante variabili che definiscono un individuo, come il genere, la razza, l'età, la professione, la nazionalità, le eventuali disabilità. I gay e le lesbiche non sono quindi un'entità monolitica. Vi sono differenti tipi di omosessuali e differenti tipi di omosessuali abusatori/tossicodipendenti. Allo stesso modo si può pensare che l'eziologia del comportamento additivo sia multicomponentiale: il risultato di determinanti familiari, culturali, psicologiche, ereditarie, neurobiologiche. Nonostante l'eziologia del comportamento additivo e d'abuso in ogni individuo sia complesso e sfaccettato i consumatori gay e lesbiche sembrano però condividere alcuni fattori di rischio.

Se la percezione nei confronti dei consumatori di droga e di alcool è passata nella società dal paradigma morale a quello medico, l'omosessualità solo "recentemente" è stata derubricata come categoria diagnostica. Nel 1973 l'*American Psychiatric Association* la rimuove dalla propria nosografia, sostituendola con la nuova categoria dell'omosessualità egodistonica, eliminata poi nel 1987. Invero l'ego-distonia è data dall'interiorizzazione dell'ostilità sociale (Silverstein, 1977). La forma egodistonica permane invece nella *Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali* (ICD 10, 1992).

Per entrambi i gruppi, tossicodipendenti e omosessuali, i concetti di malattia, trauma precoce, fissazione orale, predisposizione genetica, sono stati evidenziati come esplicativi. C'è chi ha sottolineato l'omosessualità come *causa movens* dell'assunzione di sostanze (Ferenczi, 1916) e chi l'assunzione di sostanze come propizia a comportamenti omosessuali (Abraham, 1908). Succede anche nell'immaginario comune che l'omosessualità e la tossicodipendenza si sovrappongano: in analogie tra i due gruppi, come rivela una ricerca sulle rappresentazioni dell'identità gay e lesbica negli psicoterapeuti (Graglia, 1999), o in legami causa-effetto, come sottolinea un'indagine dell'ISPES. Secondo il 45,3% del campione analizzato da quest'ultima la diffusione dell'omosessualità costituisce un pericolo sociale, il 3,7% lo attribuisce ad una responsabilità nei confronti della diffusione di droga.

Aspetti epidemiologici

La rassegna della letteratura scientifica internazionale descrive i gay e le lesbiche come una popolazione a rischio circa l'abuso di alcool e di altre droghe, con un'incidenza che va dal 20% al 35%, circa tre volte superiore alla popolazione generale (Bradford e Ryan, 1987; Fifield et al., 1975; Morales e Graves, 1983; Saghir et al., 1970).

Stall e Wiley (1988) sostengono inoltre che i gay maschi non solo consumano più droghe ma anche una varietà maggiore.

Sono molti gli studi che si soffermano sull'uso di *popper* da parte dei gay maschi, così come quelli che focalizzano il proprio intervento sull'uso di alcool da parte delle lesbiche.

Il NIDA (National Institute on Drug Abuse) denuncia l'uso crescente di *speed* o *meth* da parte dei gay che lo scelgono, solitamente iniettandoselo, per il suo potere afrodisiaco, in modo da sostenere vere e proprie maratone sessuali. Uno studio recente su 908 maschi, gay e bisessuali

consumatori di droghe, riporta che il 37% ha fatto uso di metanfetamine nel precedente mese (Reback e Grella, 1999).

McKirnan e Peterson nel 1989, su 3400 questionari restituiti, a fronte di 21000 distribuiti, classificarono il 9% delle lesbiche come gran bevitrice e il 23% come aventi problemi d'alcool, denunciando altresì che dopo i 30 anni l'incidenza dei problemi d'alcool declinava meno che nella popolazione generale. A spiegazione di ciò gli autori ipotizzarono l'intervento di variabili psicosociali e/o culturali: i gay e le lesbiche difficilmente entrerebbero in ruoli tradizionali legati al matrimonio, alla paternità/maternità, aderendo quindi meno ai ruoli tradizionali che controllano l'assunzione di alcool. La maternità, così come crescere i figli, può avere una considerevole parte nell'aumentare i sentimenti di felicità a discapito della solitudine e del vuoto che incentiverebbero l'abuso di alcool.

Sembra poi che i pattern d'uso dell'alcool delle lesbiche siano più simili a quelli dei maschi gay e eterosessuali che a quelli delle donne eterosessuali (Kelly, 1994).

Le droghe più usate dai gay e dalle lesbiche, secondo un'indagine su 455 soggetti, sono la marijuana, le sigarette e l'alcool; tra quelle illecite primeggiano gli inalanti e la marijuana (Skinner, 1994). In questa ricerca le lesbiche risultano avere livelli più alti rispetto ai gay, come indicano i valori percentuali della tabella. L'uso di inalanti risulta prevalente nei gay, mentre nelle lesbiche lo sono le sigarette, entrambi risultano comunque policonsumatori; l'uso combinato di droghe nel corso della vita infatti riguarda l'86,8% delle lesbiche e il 79,2 % dei maschi gay di questo campione.

Interessante è la comparazione che fa Skinner dei dati della sua ricerca con quelli del National Household Survey on Drug Abuse, secondo cui nell'ultimo mese il 16,5% degli uomini e il 9,1% delle donne tra i 18 e 25 anni ha fatto uso di marijuana, contro il 37,5% dei gay e il 23,5% delle lesbiche. Hanno invece usato alcool nell'ultimo mese il 73,7% di uomini fra i 26 e 34 anni e il 55,2% di donne, contro l'81,3% di gay e il 66,7% di lesbiche.

Skinner analizza anche i predittori demografici correlati con l'uso di sostanze: per le lesbiche la frequenza d'uso di marijuana si riduce con l'età e la frequenza delle sigarette con l'educazione; per l'alcool nessuna variabile demografica è un predittore significativo di consumo. Per i maschi gay l'educazione è importante nel ridurre la frequenza sia di marijuana che di sigarette; vivere in un'area urbana invece correla positivamente con l'uso di sigarette; lo stipendio, il luogo in cui si vive, lo status della relazione (single o in coppia) sono positivamente correlati con l'assunzione di alcool. Per le lesbiche di questo campione è allarmante l'uso di sigarette, 20 punti percentuali in

più rispetto alle donne nelle ricerche nazionali americane. Nonostante la frequenza dell'uso di droghe nei gay e nelle lesbiche declini con il livello educativo, la frequenza dell'uso di alcool cresce nei gay che sono benestanti, che risiedono in aree urbane ed hanno relazioni interpersonali chiuse. Questi fattori non hanno invece effetti significativi sull'uso di droghe da parte delle lesbiche.

La marijuana sembra dunque essere la sostanza privilegiata, un'indagine del 1988 che ne sondava il consumo, rivela che il 47% delle lesbiche contattate da Ryan e Bradford faceva uso di marijuana occasionalmente e il 20% sniffava cocaina. Allo stesso modo uno studio del Dipartimento di Salute Pubblica di S. Francisco (1993) rese noto che il 73% delle lesbiche esaminate (n=483) aveva usato almeno una sostanza illecita negli ultimi 3 anni, più comunemente la marijuana (67%), seguita dall'ecstasy (23%), dall'LSD o da altre droghe psichedeliche (22%), dalla cocaina (21%), dai depressivi (14%), dagli stimolanti (14%) e il 2,3% delle lesbiche si era iniettata droga.

Studiare una popolazione, come quella omosessuale, stigmatizzata, marginalizzata e frammentata complica notevolmente il campionamento probabilistico (Goffman, 1963) e in effetti alcuni *report* sono stati criticati. Alcune ricerche si affiderebbero a campioni di convenienza, mancherebbe un gruppo di controllo, si limiterebbero a omosessuali dichiarati, bianchi, di classe media, residenti in grandi centri urbani (Zimmerman, 1989). In particolare le limitazioni metodologiche più spesso citate fanno riferimento alla non rappresentatività dei campioni perché reclutati tra frequentatori di bar, dove l'uso di sostanze è abitualmente più diffuso, o addirittura tra persone con disturbi psichiatrici. Alla luce di ciò i risultati di alcune indagini non sarebbero quindi generalizzabili (Stall e Wiley, 1988).

Esistono anche ricerche che suggeriscono che non ci sia nessuna differenza significativa nell'assunzione di alcool tra donne eterosessuali e lesbiche (Bloomfield, 1993), o che, sulla base di alcune evidenze empiriche, i gay maschi non abbiano un più alto rischio di sviluppare comportamenti d'abuso o di dipendenza degli eterosessuali (Bux, 1996). Bloomfield tuttavia notò che più spesso le lesbiche avevano avuto ricoveri. L'unica differenza significativa evidenziata in una ricerca che comparava 19 lesbiche a 19 eterosessuali, era l'uso più pronunciato di marijuana da parte delle prime (Saulnier e Miller, 1997).

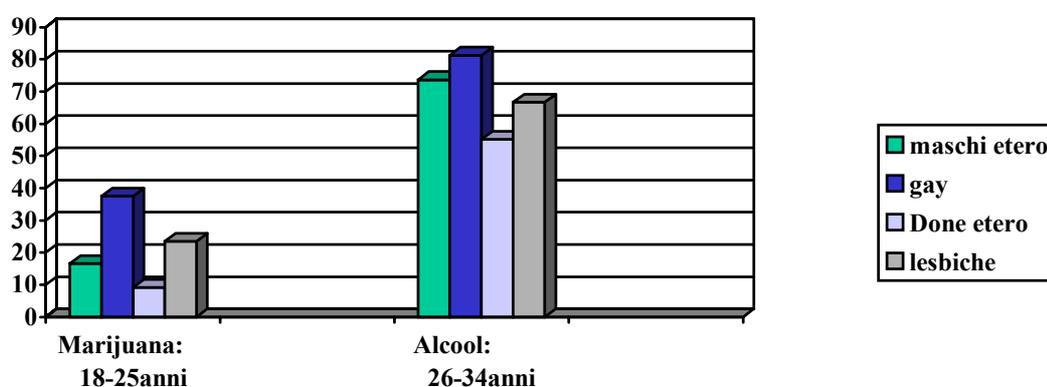
Se gli esiti di alcune indagini, in specie degli anni '70-'80 devono essere guardati con cautela, le ricerche più recenti segnalano aspetti da non negligenza, la più parte delle ricerche infatti sottolinea l'orientamento omosessuale come un fattore di rischio.

Rosario, Hunter e Rotheram-Borus (1992) riferiscono i dati di un'indagine sugli adolescenti omosessuali, i risultati sono allarmanti: il 68% dei maschi gay e il 83% di lesbiche ha abusato di alcool, mentre il 44% dei gay e il 56% di lesbiche ha assunto altre droghe.

L'uso di alcool o di altre droghe tende ad essere inversamente proporzionale all'età, tuttavia questo decremento risulta essere meno sostanziale nei gay e nelle lesbiche che nella popolazione generale (Kelly, 1994). Roy (1997) suggerisce che i gay delle generazioni passate conducevano una vita *"in the closet"* (nascosti) perché soggetti a maggiore discriminazione, inoltre, nel presente, devono confrontarsi, con una comunità omosessuale che attribuisce una notevole importanza alla bellezza.

In Italia l'interesse per la variabile orientamento sessuale risulta praticamente nulla; a livello nazionale non esistono ricerche e il materiale reperibile è legato alla trasmissione del virus dell'HIV. Il Ministero della Sanità diversifica i tossicodipendenti eterosessuali da quelli omosessuali esclusivamente nell'indicare la distribuzione dei casi di AIDS. Tuttavia una ricerca sul suicidio adolescenziale negli omosessuali, sebbene il campione non sia rappresentativo, mette in luce dati degni d'attenzione. Su 64 maschi gay, in un'età compresa tra i 14 e i 22 anni, avvicinati in luoghi di aggregazione gay, il 26% riporta almeno un tentativo di suicidio contro l' 8-10% degli adolescenti che hanno tentato il suicidio in Emilia-Romagna. Il 64% dei soggetti con tentato suicidio ha usato droghe illecite, così il 26% dei soggetti senza tentato suicidio (Pietrantoni, 1999).

Consumo relativo all'ultimo mese secondo il National Household Survey on Drug Abuse (1999)



Valori percentuali dell'uso di droghe, lecite ed illecite, nell'arco della vita di 265 gay e di 190 lesbiche
(Skinner, 1994)

DROGHE	LESBICHE	GAY
Marijuana	87,2	70,8
Allucinogeni	38,0	26,2
Eroina	5,3	1,5
Stimolanti	46,0	35,0
Tranquillizzanti	35,3	25,1
Psicofarmaci	53,2	42,8
Cocaina	33,2	26,6
Crack	2,7	3,6
Inalanti	37,4	60,9
Analgesici	25	18,1
Alcool	98,5	99,5
Sigarette	77,4	66,8

Aspetti teoretici

L'alta incidenza dei comportamenti d'abuso nella comunità gay e lesbica è spiegata secondo i vari autori da variabili psicosociali; la vulnerabilità al consumo di sostanze stupefacenti è causata dagli *stressor* sociali a cui questa sarebbe esposta.

Gli studi riportano che più della metà degli adolescenti omosessuali sono stati abusati verbalmente, fisicamente o sessualmente, proprio a causa del loro orientamento sessuale. Un adolescente gay/lesbica si scontra spesso con la pubblica derisione ("Mario è una checca!"), con la discriminazione ("Noi non giochiamo a calcio con un finocchio!"), l'abuso fisico ("Fagli vedere cosa significa essere un uomo!"), con il rifiuto implicito della famiglia ("Avrei preferito che mia figlia fosse drogata piuttosto che lesbica!") o esplicito ("Tu sei una pervertita non mia figlia, vattene da questa casa!") (Savin, 1994).

La socializzazione di ogni omosessuale implica l'interiorizzazione dell'ostilità sociale di cui fa esperienza. Come si interiorizzano i valori, le regole, i simboli, i pensieri del *milieu* sociale in cui si cresce, così si interiorizza l'eterosessismo. Infatti l'orientamento omosessuale non è percepito ancora dai più come variante naturale dell'espressione erotica ed affettiva. I gay e le lesbiche quindi possono sperimentare su se stessi sentimenti di disistima, di disagio, di odio di sé, legati all'accumulo di messaggi negativi circa l'omosessualità mandati dalla famiglia, dalla scuola, dalla chiesa; una condizione chiamata omofobia interiorizzata (Gonsiorek, 1988). Le persone omosessuali imparano ad essere omofobiche ad un'età di 5 o 6 anni (Lewis e Jordan, 1989). Erikson (1959) sostiene che non è possibile per un membro di una minoranza odiata, sfuggire all'interiorizzazione di quest'odio, non deve sorprendere dunque che una persona omosessuale

faccia fatica ad accettarsi e ad esprimere la propria sessualità. Una fase egodistonica rientra quindi nella normalità. Sebbene la minoranza omosessuale venga spesso assimilata ad altre minoranze, questa si distingue dalle altre perché non ha modelli di ruolo, non ha esempi positivi in famiglia: solitamente nessun parente che ha fatto la stessa esperienza e possa supportare nell'ansia il giovane omosessuale. Ebrei o neri condividono i loro problemi con la famiglia, con l'intera comunità, invece i gay sono spesso rifiutati o addirittura scacciati dalle loro famiglie (Margolies, Becke e Jackson-Brewer, 1987).

Il ricorso all'uso di sostanze stupefacenti quindi come una sorta di autoterapia, per sedare sentimenti di vergogna, ansia, colpa, depressione, isolamento, disistima, paura; sentimenti legati al pregiudizio antigay interiorizzato. Inoltre l'uso si caratterizza come una modalità di *coping*, una strategia per gestire lo stigma sociale, sebbene disattativa e disfunzionale (Rosario, Hunter e Gwadz, 1997).

Uno studio esamina i vantaggi dell'uso di sostanze nei gay adolescenti: riduzione dell'ansia nello sviluppo di un'identità gay, aiuto agli impulsi sessuali che divengono più accettabili, decremento della depressione e della dissonanza generata dalla scoperta del proprio orientamento, evasione dalla paura di esclusione, del ridicolo, del rifiuto familiare e del gruppo dei pari, aumentato senso di potere e di identità (Shifrin e Solis, 1992).

Una fase di peculiare vulnerabilità nella vita dei gay e delle lesbiche è quella relativa al *coming out*, lo sviluppo dell'identità gay e lesbica, che include l'autoriconoscimento, l'accettazione e lo svelamento della propria omosessualità a sé e agli altri. Proprio nelle diverse fasi del *coming out* i gay e le lesbiche utilizzano strategie di stigma-management di volta in volta più funzionali ed efficaci (Troiden, 1979). Riuscendo ad esempio a confrontarsi in maniera più adeguata con il desiderio/paura di svelarsi ("Lo dico o non lo dico?").

Un'altra ricerca suggerisce quali siano i fattori di rischio nelle lesbiche: una famiglia di origine come sorgente di stress, il processo del *coming out* come sorgente di stress, la mancanza di modelli, la mancanza di punti di incontro oltre ai bar (Underhill e Ostermann, 1991). L'alcool inoltre può essere un meccanismo di sopravvivenza in una società ostile e non supportante le relazioni lesbiche, aiutando così la donna a negare la sua identità sessuale (Covington, 1986)

Non si dimentichi poi che l'alcool è un veicolo d'incontro, diminuisce l'inibizione sessuale; infatti il 24% di un campione di maschi gay dichiara di essere stato frequentemente intossicato durante il rapporto sessuale (in ordine decrescente delle seguenti sostanze: *popper*, marijuana, alcool, *crack*, cocaina). Spesso anche il primo rapporto sessuale non è ingaggiato da sobri, in alcuni casi

l'anticipazione del rifiuto può indurre al consumo (Ryan, Huggings e Beatty, 1999). L'odio di sé può essere talmente forte che alcuni gay non riescono ad avere rapporti sessuali da sobri: il sé nega e abdica per un sé controllato dalle sostanze, trasformando l'atto sessuale, ora non più imbarazzante e vergognoso. Del resto il ridotto desiderio sessuale, conseguente all'abuso di alcool, può essere utilizzato come una barriera al sesso da sobri (Smith, 1982).

L'uso di droghe non solo per ridurre il sentimento di diversità e solitudine, o per ridurre le inibizioni sessuali, ma anche per ridurre lo stress della competizione con un partner sessuale particolarmente bello; nella comunità gay, come si è già menzionato, gli standard estetici sono molto alti (Colcher, 1982).

La tensione nel condurre una doppia vita, una bassa autostima correlata alla discriminazione nella società in generale e sul posto di lavoro, la mancanza di riconoscimento, la paura dell'AIDS, sono altri fattori che possono condurre all'abuso di sostanze; l'alcool inoltre aumenta il senso di autoefficacia, indispensabile tanto più in una società omofobica (Smith, 1982).

L'alcool e la marijuana poi sono visti dalla comunità gay e lesbica come relativamente innocui se usati con moderazione, spiegando in parte l'elevato consumo di queste sostanze (Paul et al, 1996).

La letteratura suggerisce che ci sia una correlazione positiva tra consumo di sostanze e infezione dal virus HIV; la cocaina e i nitrati vasodilatano e rilassano la mucosa anale aumentando così il rischio di traumi, sommandosi agli effetti immunodepressivi delle sostanze, inoltre la disibinizione disturba i processi cognitivi riducendo le capacità di negoziare un rapporto protetto (Ryan, Huggings e Beatty, 1999).

Aspetti terapeutici

Le implicazioni cliniche, nel sottolineare la specificità di alcune variabili per il comportamento additivo o d'abuso in uomini gay e donne lesbiche, non vanno sottovalutate.

Intanto anche i professionisti della salute mentale sono vulnerabili all'influenza degli stereotipi che possono interferire con la terapia e sommarsi agli *stressor* sociali che un gay o una lesbica devono affrontare. Come fa notare Nizzoli (1996, p. 163) "la cura avviene sia attraverso mezzi tecnici esterni alla relazione terapeuta-paziente sia con la manipolazione del transfert: il clinico utilizza infatti la propria personalità a fini di cura", risulta significativo allora tener presente che

molti terapeuti possono accettare intellettualmente l'omosessualità e nondimeno restare omofobici nel loro sistema emotivo. L'accettazione del terapeuta dell'omosessualità diventa cruciale nell'aiutare i clienti in cui il diniego di sé o l'odio di sé sono fattori significativi per l'abuso, in special modo se il terapeuta ritiene patologica l'omosessualità o se ritiene di doverla esplorare nella sua evoluzione.

Il 65% di tutti gli/le omosessuali cerca supporto psicoterapico e di questi il 50% tra i 18-21 anni (Diamond e Friedman, 1990), da ciò l'importanza che gli psicoterapeuti conoscano le problematiche gay e lesbiche.

Le stesse lesbiche ritengono che il consumo di droga sia più massiccio nelle donne lesbiche che nelle eterosessuali (Hall, 1993) e molte lesbiche ritengono che la paura della discriminazione tenga lontano molte donne dai servizi, dove, a loro dire, incontrerebbero anche difficoltà ad affrontare una terapia di coppia. Gli ostacoli all'utilizzo dei servizi pubblici, sperimentati da gay e lesbiche, quali la marginalizzazione, l'evitamento delle questioni gay e lesbiche, l'ignorare l'orientamento sessuale come una questione significativa, l'esclusione, le molestie, i congedi prematuri, la disinformazione, devono far riflettere (Travers e Schneider, 1996).

Aiutare il cliente a comprendere e rifiutare l'influenza di alcuni stereotipi può essere molto importante nell'autoaccettazione, ad esempio: i gay sono fissati a livelli immaturi e non saranno mai felici, i gay sono narcisistici, il sesso gay è masturbazione, la relazione gay non è una relazione intima ecc. (Smith, 1982).

Per trattare il cliente in modo efficace il terapeuta deve tener presente fattori come l'omofobia che colora la vita di ogni gay e lesbica, il *coming out*, la rete sociale, i conflitti religiosi (il consumo di sostanze può essere utilizzato per ridurre il senso di colpa a carattere religioso), le relazioni con la famiglia d'origine, la storia delle relazioni e del comportamento sessuale.

Molti servizi tuttavia non monitorano l'orientamento sessuale dei loro clienti, da una parte sembra che i gay e le lesbiche utilizzino meno i servizi pubblici rispetto a quelli privati e dall'altra se li usano non rivelano il proprio orientamento. Includere la questione dell'orientamento sessuale nell'*assessment* può aiutare quel cliente, che altrimenti sceglierebbe di "passare" per eterosessuale, a dichiararsi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Abraham K. (1908). Edizione italiana: *Teoria e applicazione della psicoanalisi*. Torino: Boringhieri, 1978.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, third edition revised. Washington DC: American Psychiatric Association

Bloomfield K. (1993). A comparison of alcohol consumption between lesbians and heterosexual women in a urban population. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 257-269.

Bradford J., Ryan C. (1988). *The national lesbian health care survey*. Washinton, DC: National Lesbian and Gay Health Foundation.

Bux D. A. (1996). The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 16, 277-298.

Colcher R. W. (1982). Counseling the homosexual alcoholic. *Journal of Homosexuality*, 7(4), 43.

Covington S. S. (1986). Misconceptions about womens sexuality: understanding the influence of alcoholism. *Focus on family and chemical dependency*, 9(2), 44-50.

Diamond-Friedman, C. (1990). A multivariant model of alcoholism specific to gay-lesbian populations. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(2), 111.

Erikson E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: Norton.

Ferenczi S. (1911). [edizione italiana: Alcool e nevrosi. *Sandor Ferenczi: Opere*, 1, 1918-1912. Milano: Raffaello Cortina, 1990, 99-110].

Fifield L. (1975). *On my way to nowhere: Alienated, isolated, drunk*. Los Angeles: Gay Community Services Center.

Goffmann E. *Stigma, l'identità negata*. Milano: Giuffrè, 1963.

Gonsiorek J. C. (1988). Mental Health issues of gay and lesbian adolescent. *Journal of Adolescen Health Care*, 9, 114-122.

Graglia M. (1999). *Le rappresentazioni dell'identità gay e lesbica negli psicoterapeuti e nelle psicoterapeute*. Tesi di laurea.

Hall J. M. (1993). Lesbians and alcohol: Patterns and paradoxes in medical notions and lesbians' beliefs. *Journal Psychoactive Drugs*, 25(2),109-119.

ISPES (1991). *Il sorriso di Afrodite: rapporto sulla condizione omosessuale*. Firenze: Vallecchi.

Kelly J. (1994). *Preventing alcohol and other drug problems in the lesbian and gay community*. Sacramento: California Department of Alcohol and Drug Programs.

Lewis J.R., Jordan S.M. (1989). Treatment of the gay or lesbian alcoholic. In Lawson G.W., Lawson A.W. *Alcoholism and substance abuse in special populations*. Rockville: Aspen.

Margolies L., Becker M., Jackson-Brewer K. (1987). Internalized homophobia: Identifying and treating the oppressor within. In: Boston Lesbian Psychologies Collective, editors. *Lesbian psychologies- Explorations and challenges*. Chicago: University of Illinois Press.

Mckirnan D. J., Peterson P. L. (1989). Alcohol and drug use among homosexual men and women: epidemiology and population characteristics. *Addictive Behaviors*, 14, 545-553.

Ministero della Sanità. (1998). Sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS) in Italia: Aggiornamento dei casi notificati al 31 dicembre 1997. *Bollettino delle Farmacodipendenze e dell'Alcoolismo*, Anno XXI (1).

Morales E., Graves M. (1983). *Substance abuse: Patterns and barriers to treatment for gay men and lesbians in S. Francisco: Report to Community substance Abuse services*, S. Francisco Department of Public Health.

NIDA (1999). *Meth, men, myths: Increased Risk in the gay community*. Documento web, salvato il 10/10/1999, www.nida.nih.gov/

Nizzoli U. (1996). *Prendersi cura dei tossicodipendenti*. Milano: Masson.

Paul J. P., Barrett D. C., Crosby G. M., Stall R. (1996). Longitudinal changes in alcohol and drug use among men seen at a gay-specific substance abuse treatment agency. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 8475-485.

Pietrantoni L. Il tentato suicidio negli adolescenti omosessuali. *Minerva Psichiatrica*, 40(75-80), 1999.

- Reback C.J., Grella C.E. (1999) HIV risk behaviours of gay and bisexual male methamphetamine users contacted through street outreach. *Journal of Drug Issues*, 29(1), 155-166.
- Rosario M., Hunter J., Gwadz M. (1997). *Journal of adolescent research*, 12(4), 454-476.
- Ryan C. M., Huggins J., Beatty R. (1999). Substance use disorders and the risk of HIV infection in gay men. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 70-77.
- Saghir M., Robins E., Walbran B. e Gentry K. Psychiatric disorders and disability in the female homosexual. *American Journal of Psychiatry*, 127(65-72), 1070).
- San Francisco Department of Public Health, Surveillance Branch, AIDS Office (1993). *Health behaviors among lesbian and bisexual women: A community-based women's health survey*. S. Francisco: S. Francisco Department of Public Health.
- Saulnier C. F., Miller B. A. (1997). Drug and alcohol problems: Heterosexual compared to lesbian and bisexual women. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 6(3), 221-231.
- Savin W.R. (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbians, gay male, bisexual youths: associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution and suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 261.
- Schilit R., Clark W.M., Shallenberger E.A. (1988). Social supports and lesbian alcoholic. *Affilia*, 3(2), 27-40.
- Shifrin F., Solis M. Chemical dependency in gay and lesbian youth. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 5(1), 67-76, 1992.
- Silverstein, C. (1977). Homosexuality and the ethics of behavioural interventions: Paper 2. *Journal of Homosexuality*, 2(3), 205-211.
- Skinner W.F. (1994). The prevalence and demographic predictors of illicit and licit drug use among lesbians and gay men. *American Journal of Public Health*, 84, 1307-1310.
- Smith T.M. (1982). Specific approaches and techniques in the treatment of gay male alcohol abusers. *Journal of Homosexuality*, 7(4), 53.
- Stall R., Wiley J. (1988). A comparison of alcohol and drug patterns of homosexual and heterosexual men: The S. Francisco men's health study. *Drug and Alcohol Dependency*, 22, 63-73.

Travers R., Schneider M. Barriers to accessibility for lesbian and gay youth needing addictions services. *Youth and Society*, 27(3), 356-378.

Troiden R. R. (1979). Becoming homosexual: A model of gay identity acquisition. *Psychiatry*, 42(4), 362-373.

Underhill B.L., Ostermann S.E. Pain of invisibility: Issues for lesbians. In: Roth P. *Alcohol and Drugs are women's issues*. Metuchen: Scarecrow Press, 1991.

World Health Organization (1992). *Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.

Zimmerman R. (1989) Data missing for in-the-closet gay drinkers. U.S. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*. 9, 492-500.

SITOGRAFIA

<http://www.erit.org>

<http://www.nalgap.org/>

<http://www.ncadd.org/index.html>

<http://www.nida.nih.gov>