

Narcisismo e sostanze psicostimolanti

Proposta di un modello di analisi della comorbidità tra disturbo narcisistico di personalità ed abuso di sostanze psicostimolanti

Narcissus and psycho-stimulants.

Proposal for an analysis model of co-morbidity between narcissistic personality disorder and abuse of psycho-stimulants.

FIAMMETTA MOZZONI¹, BRUNA MONTICELLI²

¹ Psicologo Psicoterapeuta, Unità Funzionale Dipendenze Zona Apuane, Azienda USL1 Massa-Carrara via Democrazia, 44 - tel.: 0585493919, fax: 0585493940, e-mail: fiammetta.mozzoni@usl1.toscana.it.

² Psicologo Volontario, Unità Funzionale Dipendenze Zona Apuane, Azienda USL1 Massa-Carrara, via Democrazia, 44 - tel.: 0585493919, fax: 0585493940, e-mail: b.monticelli@psicolab.net.

Riassunto

Dalla definizione del concetto di Narcisismo si è giunti all'analisi della relazione esistente tra narcisismo ed uso di sostanze psicotrope, in particolar modo psicostimolanti. A tal fine è stata effettuata una rassegna bibliografica dei principali paradigmi teorici presenti in letteratura e dei principali riferimenti diagnostici accreditati dalla psichiatria tradizionale e psicoanalitica.

Si è evidenziato come l'assunzione di sostanze eccitanti sia funzionale al mantenimento delle caratteristiche tipiche della personalità narcisistica, in modo particolare la negazione della dipendenza nel tentativo di evitare il fallimento dell'onnipotenza. In conclusione il presente studio, in linea con le finalità delle Autrici di fornire un modello esplicativo dei quadri di narcisismo in comorbidità con l'abuso di sostanze psicostimolanti, propone una prassi operativa orientata all'analisi delle difese erette dal paziente narcisista attraverso l'instaurarsi di una relazione terapeutica empatica nella quale il paziente possa sentirsi accolto e valorizzato nelle sue caratteristiche funzionali.

Parole Chiave: Narcisismo, Tossicodipendenza, Onnipotenza, Psicostimolanti, Relazione Empatica.

Abstract

Starting from the definition of narcissism, authors explores the relationship between narcissism and the use of psychotropic substance, in particular psycho-stimulants. A bibliographical review of the major theoretical paradigms in the existing literature and the main diagnostic reference tools recognized by the traditional and the psychoanalytical psychiatry was carried out.

The use of stimulants was shown to be functional in maintaining the typical characteristics of a narcissistic personality, particularly the denial of addiction, in the attempt to avoid failure of omnipotence. In line with the aim of the study, to provide an explicatory model for narcissism and co-morbidity with psycho-stimulants abuse, the authors propose an operational procedure to analyze the defences built by narcissistic patients, through an empathic therapeutic relation, in which the patient feels accepted and appreciated for his functional characteristics.

Keywords: Narcissism, Drug addiction, Omnipotence, Psycho-stimulants, Empathic relation.

Definizione e concetto di Narcisismo

Il Narcisismo è un disturbo di personalità che viene definito dal DSM-IV come “un quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti” (1). Negli ultimi trent'anni i maggiori contributi alla comprensione psicodinamica del disturbo narcisistico di personalità sono stati forniti da Heinz Kohut e Otto Kernberg. Kohut sostiene che i pazienti narcisisti, dal punto di vista evolutivo, si siano in realtà arrestati ad uno stadio in cui, per mantenere un sé coeso, hanno bisogno di specifiche risposte da parte delle persone del loro ambiente (rispecchiamento) (2, 3, 4). Se tali risposte vengono a mancare questi individui tendono alla frammentazione del sé. La genesi di tale disturbo secondo l'Autore è il risultato di fallimenti empatici dei genitori. Kernberg ha proposto una formulazione teorica significativamente diversa da quella di Kohut (5, 6). La differenza fondamentale risiede nel fatto che Kohut ha concettualizzato il sé narcisistico come un normale sé arcaico che è stato semplicemente “congelato” nel suo sviluppo, Kernberg vede il sé di questi pazienti come altamente patologico e privo di somiglianza con il normale sviluppo del sé del bambino (7, 13). Le due diverse descrizioni proposte dagli autori vanno a configurarsi come due differenti tipologie di Narcisista, entrambe alla ricerca della trionfante onnipotenza infantile. Tale distinzione viene sostenuta da molti autori nell'ambito della psichiatria psicodinamica. Nella concettualizzazione di Rosenfeld si parla di “Narcisista dalla pelle sottile” e di “Narcisista dalla pelle dura”; Akhtar parla di narcisista “overt” (“manifesto”) e Narcisista “covert” (“celato”), anche descritti da Cooper e Ronningstam (7, 8, 9). Infine nel più recente lavoro prodotto all'interno del panorama psicoanalitico internazionale, lo

Psychodynamic Diagnostic Manual si parla di “Narcisista Arrogante (Entitled)” e di “Narcisista Depresso/Svuotato”, entrambe sottotipologie del Disturbo Narcisistico di Personalità (Asse P) (10).

Gli autori junghiani nell'analisi del Narcisismo fanno ricorso all'immagine del “Puer Aeternus”. Schwartz Salant ritiene che il disturbo narcisistico di personalità costituisca un aspetto dominante del pattern archetipico puer-senex (11). L'Autore precisa come il soggetto narcisista tenda a negare il proprio bisogno nei confronti degli altri per cui le emozioni di odio, invidia e rabbia esplodono violente, scisse e indifferenziate e la loro integrazione risulta dolorosa poiché in forte contrasto con la grandiosa immagine di sé. Egli sottolinea inoltre una distorsione della dimensione temporale che si esprime nel sentirsi spesso inconsapevoli della propria età reale.

Caso clinico: Il giovane G si presenta al Ser.T successivamente a ripetuti ricoveri e altrettante carcerazioni. I genitori lo accompagnano e lui appare ostile e ribelle verso i loro tentativi di aiuto. G non tollera di sentire il bisogno del loro aiuto e sente di doverli rifiutare in quanto genitori non più aderenti al modello genitoriale “perfetto ed unito” che egli vuole e ricerca ancora irrazionalmente nella sua onnipotenza.

Secondo Von Franz l'individuo narcisista mostra un'incapacità di vivere nel presente, prediligendo un mondo fantastico nell'attesa del giorno in cui tutto avverrà, sospeso in una sorta di eterna attesa, di vita provvisoria che lo fa “vagheggiare di meravigliose possibilità future” mai adempiute (12). In terapia questi soggetti ripetono ad oltranza i medesimi propositi di cura e di astinenza dalle sostanze che poi vengono puntualmente disattesi. Paradossalmente si manifesta un vissuto di statica immobilità del “puer aeternus”, distaccato e freddo, inaccessibile e perfetto ma bisognoso dell'ammirazione degli altri. Hillman definisce questi supporti come figure “...che possano rispecchiare

ammirando, senza disturbare..." (13).

Caso clinico: Il giovane L. per circa tre anni si presenta al Ser.T solo in seguito ad eventi di particolare gravità. Non si fa seguire da alcun medico di turno ma richiede sempre colloqui con il direttore del servizio con il quale ritiene di avere un rapporto privilegiato. Non si affida a nessun operatore se non talvolta alla psicologa interrompendo però gli incontri con lei dopo due o tre sedute, per poi richiederne di nuove dopo fasi di interruzione sempre più brevi. La madre di L. utilizza la stessa strategia, non si presenta mai agli incontri programmati, ma preferisce attese estenuanti in orari e giorni che è lei stessa a decidere.

La grandiosità, l'autosufficienza, l'immobilità, sono le caratteristiche espresse dal mito di Narciso, chiuso in una sorta di coscienza tossica che gli impedisce il rapporto con gli altri e il superamento dei confini dell'Io tramite la ricerca del sé. Un eroe al contrario come lo descrive Hillman, che più che agire, subisce passivamente e trae valore dall'entità delle sue stesse ferite, per cui al polo depressivo si unisce l'oralità maniacale, la fretta, l'avidità, il desiderio di bruciare le tappe, l'impazienza e la velocità: "...la visione della meta da raggiungere e la meta stessa sono una cosa sola..." poiché il puer "non conosce le stagioni e l'attesa..." (13). In tal senso la tossicodipendenza permette l'instaurarsi di una condizione di autosufficienza, dove l'oralità si esprime nell'assunzione della sostanza psicotropa, "oggetto ideale" che elimina qualsiasi altro bisogno orale. La "pelle - prosegue Hillman - è troppo sottile per la vita reale..." e ciò impedisce di contenere e trattenere, così l'"oggetto" non è mai completamente posseduto e interiorizzato ma va continuamente assunto (20); nel tossicodipendente - scrive Rossi - "...la sedazione della sete è connessa al fatto di star bevendo, non al fatto di aver bevuto; non c'è serbatoio, non c'è riserva, solo l'atto del rifornimento dà garanzia di sicurezza" (14). Hillman descri-

ve il puer come affetto da "emofilia psichica" senza alcun potere di coagulazione, un "vaso che perde" (13) e Satinover sottolinea l'importanza di introiettare l'oggetto allo scopo di mantenere un senso di identità stabile (15).

Caso clinico: la sig. R non sembra esistere in alcun modo se considerata al di fuori della tossicodipendenza. Non instaura relazioni amicali in ambienti esterni al gruppo dei tossicodipendenti, non sembra aver sviluppato alcuna identità di madre nonostante i due figli.

Kohut sostiene che i tossicodipendenti utilizzino la sostanza psicotropa come "sostituzione di una funzione che la struttura psichica è incapace di svolgere" (2, 3, 4). Meltzer definisce la tossicodipendenza "un tipo di organizzazione narcisistica delle strutture infantili che indebolisce e può totalmente eliminare la parte adulta della personalità dal controllo del comportamento" (16). La struttura interna del tossicodipendente è costituita da parti "buone" del sé tenute in stato di passività (opposta a dipendenza) nei confronti di parti "cattive" del sé. Tale "asservimento a modalità ciniche di pensiero" può trovare espressione "nella perversione di qualsiasi modalità di relazione o di attività nel mondo esterno".

Dati epidemiologici sull'uso di stimolanti e cocaina nella popolazione in generale e in doppia diagnosi in Asse I e in Asse II

La comorbidità tra disturbo narcisistico di personalità e abuso di sostanze psicotrope è sostenuta da numerosi studi clinici. La dipendenza da cocaina risulta più frequente tra i disturbi del cluster B soprattutto per la difficoltà di regolazione della vita emotiva-affettiva (24). In particolare il Disturbo narcisistico di personalità sembra costituire un fattore di rischio per l'abuso di tale sostanza, come dimostrano svariate evidenze empiriche che ne rilevano una preva-

lenza del 30% (25). La presenza di disturbi di personalità rappresenta un fattore prognostico negativo per il trattamento. Un considerevole corpus di ricerche ha confrontato tra di loro soggetti tossicodipendenti con e senza disturbo di personalità rilevando come il disturbo di asse II implichi una elevata tendenza ad abbandonare precocemente i progetti terapeutici. La convinzione condivisa da diversi autori e terapeuti è che l'asse II predice una scarsa risposta al trattamento a causa della scarsa consapevolezza del problema, della minore alleanza terapeutica, delle difficoltà nella relazione, della bassa compliance, e del drop-out prematuro (24). Di seguito si evidenziano le prevalenze d'uso di psicostimolanti e cocaina nella popolazione in generale e in doppia diagnosi.

Come si evince dai numerosi dati empirici, tra i pazienti con Doppia Diagnosi, il gruppo di coloro che presentano un Disturbo di Personalità risulta più numeroso rispetto a quello con un disturbo in Asse I, anche nel campione italiano e tale gruppo è senza dubbio quello che presenta una maggiore complessità sia sul piano psicosociale che gestionale (Tab.1, 2).

Terapia del disturbo narcisistico di personalità

Il paziente narcisista si rivolge ad un terapeuta spesso solo nell'estremo tentativo di non perdere gli affetti o quando sperimenta un reale fallimento dell'onnipotenza, causato dall'incapacità di ottenere oggetti desiderati. Inizialmente egli presenta una modalità autocelebrativa, chiede cioè aiuto, ma ritiene di non averne bisogno. Il vissuto contro-transferale è di noia e di inutilità e genera una situazione di stallo, che può andare avanti anche per un anno fino a che il paziente non sperimenta la sensazione, mai provata, di non avere più nulla da dire. In altre parole sperimenta per la prima volta la sensazione di un limite interno che gli provoca una profonda frustrazione. La percezione del limite rappresenta un segnale di progressione perché rompe la situazione di stallo che si era venuta a creare nella prima fase del trattamento. Dal punto di vista terapeutico è importante non spingere il paziente verso direzioni che non può ancora tollerare perché incapace di confrontarsi con lo scarto tra lo reale e lo ideale. Quindi appare necessario che il terapeuta si astenga da qualsiasi interpretazione dal momento che

Figura 1. Prevalenze d'uso di cocaina e stimolanti negli ultimi 12 mesi. Dati IPSAD 2005.

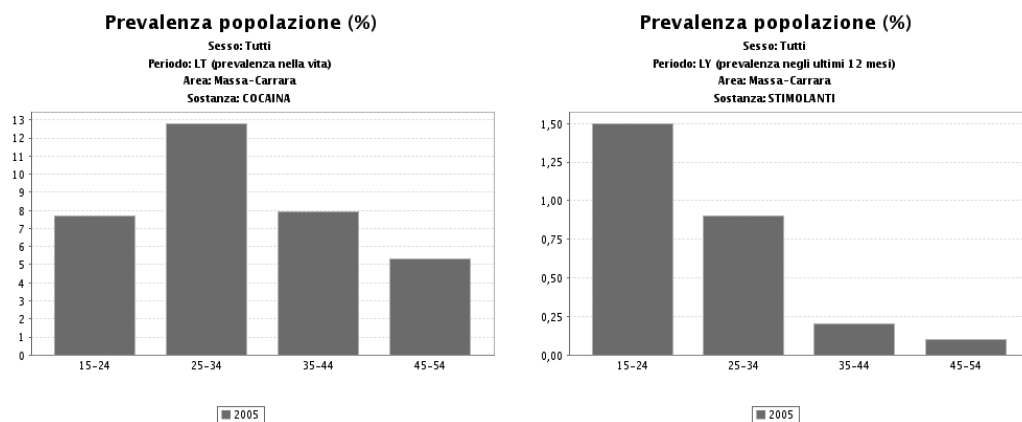


Tabella 1.

	Disturbi psichiatrici Asse I	Disturbi di Personalità (Asse II)
Carrà e Clerici (in corso di pubblicazione)	30%	59%
Pani e coll. (1997)¹⁹	54%	43%
Clerici e Carta (1996)²⁰	26,4%	55,8%
Pozzi et al. (1997)²¹	32%	
Gerra et al. (2003)²²	32,8%	37,7%
Gerra et al. (2004)²³	23,7%	35,4%

essa implica un rapporto di asimmetria, inaccettabile per il paziente che, al contrario, cerca di strutturare una relazione simmetrica, amicale che, da una parte “neutralizza” la professionalità del terapeuta, dall'altra rinforza la sensazione di onnipotenza del paziente.

Caso clinico: il sig. B di 37 anni si presenta al Ser.T per un problema di abuso di cocaina e l'equipe dell'accoglienza, deputata alla diagnosi di personalità, è composta da quattro figure femminili tutte all'incirca coetanee del sig. B. Egli in principio era orientato a rivolgersi alle professioniste appellandole “signore e/o signorine” benché tutti le chiamassero dottoresse, successivamente vi furono diversi tentativi di trasformare il rapporto terapeutico in un rapporto di tipo amicale con inviti e gratificazioni varie, infine dalla delega incondizionata si giunse al rifiu-

to totale delle operatrici ed alla interruzione del trattamento.

Quando il paziente conclude la fase autocelebrativa e sperimenta la frustrazione del limite, si possono avere diversi possibili esiti: la fuga, intesa come interruzione della terapia, un tentativo estremo di recuperare l'originaria onnipotenza oppure l'instaurarsi di una vera e propria depressione narcisistica, che per altro implica problematiche totalmente differenti da quelle relative alla depressione melanconica. Infatti il trattamento del disturbo narcisistico di personalità richiede una diagnosi differenziale rispetto al disturbo depressivo. Questo infatti è caratterizzato principalmente da vissuti di colpa dal momento che la responsabilità viene introiettata, mentre la depressione narcisistica deriva dalla percezione dello scarto fra lo reale e lo ideale quindi prevale la vergogna e la colpa viene proiettata all'esterno. Nel processo terapeutico si sviluppa il transfert che è il vero motore della terapia, e nel trattamento del paziente narcisista l'assenza di transfert è il vero e proprio transfert. Infatti, per questi pazienti, il problema è stabilire relazioni significative, perché non possono tollerare di dipendere dall'altro e, alla fine, risulta accettabile solo la possibilità di parlare di relazioni extra-transferali. Il trattamento elettivo per il disturbo narcisistico di personalità risulta, per Kohut e Kerenberg, la psicoanalisi, anche se ci sono notevoli differenze tra i due Autori (7, 10). Kohut considera l'empatia elemento basilare nella tecnica mediante la quale si può riattivare la fallita relazione genitoriale cercando di soddisfare il bisogno di affermazione (transfert speculare), di idealizzazione (transfert idealizzante) o di essere come il terapeuta (transfert gemellare) (7). In terapia diventa opportuno evidenziare la frammentazione del sé nell'attualità della relazione con il paziente. Il terapeuta deve evitare di scavalcare l'esperienza soggettiva del paziente con interpretazioni del materiale inconscio che esulano dalla sua consapevolezza perché ciò provo-

Tabella 2. Riassunto delle caratteristiche di alcuni dei casi trattati presso il Sert di Massa per abuso di sostanze psicostimolanti e cocaina.

	Sesso	Età	Sostanza d'abuso primaria	Comorbidità psichiatrica (significatività scale cliniche MMPI-2)	Trattamento
1. M.A.	M	29	Cocaina e ecstasy (in poliabuso)	D-Hy-Pd	Comunità Terapeutica
2. F.E.	F	29	Cocaina (in poliabuso)	Dist. Narcisistico di Personalità (ICD-9)	Comunità Terapeutica
3. G.G.	M	44	Cocaina (in poliabuso)	Hs-Hy-Pa	Programma presso Sert
4. I.M.	F	30	Cocaina e Ecstasy/oppiacei (in poliabuso)	Disturbo alimentare (di tipo bulimico) e depressivo	Programma presso Sert
5. I.L.	M	26	Ecstasy (in poliabuso)	Hs-Hy-Pd	Programma presso Sert
6. I.R.	F	44	Cocaina/oppiacei (in poliabuso)	Pd-Pa-Hy-D	Programma presso Sert
7. I.G.	M	29	Cocaina/Stimolanti (in poliabuso)	Dist. Narcisistico di Personalità (ICD-9) Hs-Hy-Pd-Pa-D (profilo 4/6, 6/4)	Comunità Terapeutica
8. G.L.	M	28	Cocaina (per via endovenosa in poliassunzione)	Hs-Hy-Pd-Pa-D (profilo 4/6, 6/4)	Programma presso Sert
9. B.A.	M	39	Cocaina (associata all'abuso di alcol)	Elevazione moderata scala PD	Programma presso Sert
10. S.A.	M	31	Stimolanti (in poliassunzione)	Hs-Hy-D	Programma presso Sert

ca vissuti di vergogna e incomprensione, e lo fa sentire "catturato", aumentando il rischio che abbandoni la terapia.

Caso clinico N°3: Il sig. A si mostra sempre oppositivo verso i modesti tentativi di interpretazione del terapeuta, dopo 4 anni di trattamento e recidive con le sostanze stupefacenti, il terapeuta sembra stupirsi, di come appaia assolutamente coerente per il paziente, avversare ciò che il terapeuta tenta di ridefinire rispetto all'insight sperimentato direttamente dal paziente. Il terapeuta vive la sensazione di sentirsi inutile e ridondante quasi una cassa di risonanza da cui l'altro però non sembra trattenere nessun input.

Kernberg riconosce i fenomeni transferali individuati da Kohut ma indica procedure terapeutiche differenti (10). In particolare considera la funzione di specchio e l'idealizzazione come aspetti del transfert correlati alla proiezione e alla reintroiezione del sé grandioso del paziente interpretando l'idealizzazione come una difesa dai sentimenti scissi di disprezzo, invidia e rabbia. Pertanto mentre Kohut accetta empaticamente l'idealizzazione come bisogno fisiologico evolutivo, Kernberg ritiene necessario interpretarla come manovra difensiva (7, 10) (ad esempio l'invidia ostacola il paziente nel riconoscere di aver ricevuto aiuto, idea inaccettabile poiché nega l'onnipotenza). La finalità del trattamento è, dunque, quella di aiutare il paziente a sviluppare la colpa e la preoccupazione e ad integrare idealizzazione e verità rispetto a rabbia e disprezzo. In ultima analisi Kohut focalizza il trattamento sull'empatia e sugli aspetti affettivi, mentre Kernberg ritiene fondamentale l'aspetto cognitivo dell'interpretazione (7, 10).

Conclusioni

Analizzate le principali definizioni di narcisismo proposte dalla letteratura ufficiale, si giunge ad una concettualizzazione finalizzata a prediligere un'impostazione

esplicativa rispetto a quella descrittiva propria dei manuali diagnostici della psichiatria tradizionale (DSM IV) (1). Questo, secondo le Autrici, è essenziale nel voler proporre all'attenzione degli operatori del settore, un modello operativo che fornisca indicazioni utili al trattamento di personalità narcisistiche con disturbo di abuso di sostanze psicotrope. I due paradigmi cardine della letteratura psicodinamica sono quelli proposti da Kohut e Kernberg, i quali inquadrano due tipologie di Narcisismo molto differenti fra loro ma che mantengono, come elemento comune, il tentativo di evitare il fallimento dell'onnipotenza narcisistica (2, 3). Viene, infine, sottolineata la relazione fra assunzione di sostanze psicostimolanti (Cocaina ed anfetamine) e narcisismo. Tali sostanze hanno la funzione di mantenere o enfatizzare le caratteristiche della personalità narcisistica e vengono erroneamente vissute come oggetti più affidabili dei supporti narcisistici esterni impossibili da controllare. Tale convinzione implica l'incapacità di riconoscere consapevolmente la dipendenza dalle sostanze. Da ciò consegue che dal punto di vista terapeutico risulti utile considerare l'interpretazione cognitiva delle difese innalzate dal paziente come elemento fondamentale per promuovere una prima consapevolezza di sé e della propria tossicodipendenza. Paradossalmente con questi pazienti ciò che definiremmo un punto di partenza, appare invece un'importante fase del trattamento, quasi un punto di arrivo, in quanto l'accettazione della propria condizione di dipendenza presuppone l'aver già superato la fase in cui il paziente opera infiniti tentativi per restaurare i supporti narcisistici ed aver integrato le parti generalmente scisse del sé.

Bibliografia

- 1) American Psychiatric Association. DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, Washington, D.C., 1994.

- 2) Kohut, H. (1977) (ed.): *La guarigione del sé*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1980.
- 3) Kohut, H. (1984) (ed.): *La cura psicoanalitica*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1986.
- 4) Kohut, H. (1971) (ed.): *Narcisismo e analisi del sé*, tr.it. Boringhieri, Torino, 1977.
- 5) Kernberg, O.F. (1984) (ed.): *Disturbi gravi della personalità*, tr. It. Boringhieri, Torino, 1987.
- 6) Kernberg O. (1975) (ed.): *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, tr.it., Boringhieri, Torino, 1978.
- 7) Rosenfeld H. (1987) (Ed.): *Comunicazione e interpretazione*. Tr.it Boringhieri, Torino 1989.
- 8) Akhtar S. Narcissistic personality disorder: Descriptive features and differential diagnosis, *Psychiatric Clinics of North America* 1989, 12: 505-529.
- 9) Cooper A., Ronningstam E. (1992). In Tasman A. e Riba M. (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry*, 2: 80-97. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 10) *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006.
- 11) Schwartz Salant N.: *Narcissism and Character Transformation*, Inner City Book, Toronto, 1982.
- 12) Von Franz M. L.(ed.): *The Problem of the Puer Aeternus*, Spring, New York, 1970; pp. 7- 8.
- 13) Hiltman J.(ed.): *Senex e puer*, Marsilio, Padova, 1979.
- 14) Rossi.R. I lotofagi, *Riv. Di psicoanalisi*, Anno XXVI 1980, 3: 365.
- 15) Satinover J. Puer aeternus: the narcissism relation to the self, *Quadrant* 1980, 13,2: 29.
- 16) Meltzer D. (Ed.): *Stati sessuali della mente*, Armando, Roma 1975.
- 17) Gabbard. G.O. (ed.) (1994): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM-IV edition. tr.it. Cortina, Milano (1995).
- 18) Gerra G. & Zaimovic A. "Craving: Aspetti comportamentali e biologici" in "Vulnerabilità all'addiction" a cura di G. Serpelloni e G. Gerra. (2002).
- 19) Pani P, Carta I, Rudas N. Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei. *Min. Psych.*, 32, 3: 145, 1991.
- 20) Pozzi G, Bacigalupi M, Tempesta E. Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two-phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy. *Drug Alcohol Depend*, 46: 69-77, 1997.
- 21) Clerici M, Carta I. (1996). "Personalità disorders among psychoactive substance users: diagnostic and psychodynamic issues". In: *European Addiction Research*. Karger, pp. 147-155.
- 22) Gerra G, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bubicic C, Mossini M, Raggi MA, Brambilla. Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004 Jan; 28(1): 129-39.
- 23) Gerra G, Bassignana S, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Caccavari R, Brambilla F, Molina E. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in subjects with 3,4-methylenedioxy- methamphetamine ('ecstasy') use history: correlation with dopamine receptor sensitivity. *Psychiatry Res*. 2003 Sep 30;120(2): 115-24.
- 24) Skodol, A.E., Oldham, J.M., Gallagher, P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- 25) Yates, W.R., Fulton, A.I., Gabel, J.M., & Brass, C.T. (1989). Personality risk factor for cocaine abuse. *American J. Public. Health*, 79, 7, 891-892.