

LA NOIA NEI DISTURBI DELL'UMORE: ESPERIENZE CLINICHE E DI RICERCA

Lisa Lari^{1,2}, Andrea Gragnani^{1,3}, Simona Calugi¹, Marco Sacttoni^{1,2}

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC Grosseto,

² Centro di Psicoterapia Cognitiva "Pandora" Lucca

³ Centro di Psicoterapia Cognitiva, Psicopatologia Sperimentale

Riassunto

Oggetto: In questo lavoro ci proponiamo di descrivere la noia come antecedente di alcuni pattern comportamentali attraverso un confronto clinico tra 4 soggetti, 2 con Depressione Maggiore Ricorrente (DMR) e 2 con Disturbo Bipolare (DB) e di indagare eventuali correlazioni fra inclinazione alla noia e disturbi dell'umore in 32 pazienti ambulatoriali affetti da DMR o da DB in fase eutimica.

Metodo: Relativamente ai 4 pazienti (2 con DMR e 2 con DB), sono state effettuate delle osservazioni basate sulla ricostruzione di ABC e di narrazioni elaborate dai pazienti.

Per l'intero campione, le diagnosi di Asse I e di Asse II sono state effettuate attraverso la SCID-I e la SCID-II; la sintomatologia affettiva è stata indagata attraverso la MRS, la HDRS e il MOODS-SR versione lifetime. L'inclinazione alla noia è stata misurata attraverso la SIN che produce un punteggio totale e due punteggi parziali alle due sottoscale quali la Stimolazione Interna (SI) e la Stimolazione Esterna (SE).

Risultati: L'indagine clinica relativa ai quattro pazienti ha evidenziato temi comuni quali l'origine della noia nel momento in cui lo scopo investito dal soggetto, e non gli scopi in generale, è rappresentato ma transitoriamente inattivo, "in stallo". Alla noia, seguono tentativi di attivarsi per uscire da questo stato emotivo molto poco tollerabile ed i tentativi di soluzione vengono messi in atto in modo automatico, cioè non processato cognitivamente. Lo stato interno appare ben discriminato dalle altre emozioni (tristezza, rabbia). Dall'osservazione clinica sembra emergere una maggiore disfunzionalità ed impairment individuale e sociale nei comportamenti dei pazienti con DB, probabilmente più sensibili alla noia e tendenti a rispondere con condotte disorganizzate, impulsive, caotiche e rivolte all'esterno, mentre i soggetti con DMR sembrano rivolgere l'attenzione al proprio stato interno e controllare maggiormente gli esiti comportamentali della noia.

Le analisi statistiche sul campione di 32 pazienti hanno evidenziato che: 1) rispetto ai pazienti con DMR, quelli con DB hanno punteggi più alti alla SIN punteggio totale ($p = ,037$) e nella sottoscala SE ($p = ,022$); 2) nel campione totale, emerge una correlazione negativa e statisticamente significativa tra i domini del MOODS-SR "umore maniacale" ($\rho = -,44, p < ,05$) e "cognitività maniacale" ($\rho = -,47, p < ,01$) e la sottoscala SI, indicando che all'aumentare delle componenti maniacale (umore, cognitività) diminuisce il deficit nell'abilità dell'individuo a generare sufficiente stimolazione per se stesso. Si evidenzia poi una correlazione positiva e significativa tra il dominio "umore depressivo" e la sottoscala SE ($\rho = ,38, p < ,05$); 3) nei pazienti con DMR non si evidenzia alcuna relazione significativa tra domini del MOODS-SR e la scala SIN; 4) nei pazienti con DB, l'analisi di correlazione mostra una correlazione positiva e significativa tra il punteggio totale della SIN e il dominio "ritmicità" del MOODS-SR ($\rho = ,52, p < ,001$) e una relazione negativa e significativa fra la sottoscala SI della SIN e umore maniacale ($\rho = -,55, p < ,05$) e cognitività maniacale ($\rho = -,46, p < ,05$); 5) infine, si evidenzia un'assenza di relazione tra la durata di malattia (utilizzata come indice di gravità) e la tendenza ad esperire noia. Emergono indicazioni sul fatto

che la noia rappresenti una tonalità affettiva basica, un'entità di tratto e non di stato specifica del DB.

Conclusioni: È possibile sottolineare una duplice significatività operativa di questo contributo.

In primo luogo, il riconoscimento di una inclinazione alla noia può rappresentare un elemento di diagnosi differenziale fra episodi depressivi unipolari e bipolari; in altri termini, il riscontro di una spiccata predisposizione di tratto e non di stato a provare noia sembra essere una caratteristica del DB. In secondo luogo, potrebbe essere opportuno tracciare un modello di intervento psicoterapico maggiormente organizzato e finalizzato all'inquadramento e al trattamento sistematico della noia.

Parole chiave: noia, disturbo bipolare, depressione maggiore ricorrente

BOREDOM IN MOOD DISORDERS: CLINICAL AND RESEARCH EXPERIENCES

Abstract

Objective: This paper has two distinct aims. The first aim is to describe boredom as an antecedent of some behavioral patterns through a clinical comparison of 4 subjects, 2 with Recurrent Major Depression (RMD) and 2 with Bipolar Disorder (BD). The second aim is to investigate any correlations between boredom proneness and mood disorders in 32 euthymic outpatients with RMD or BD.

Method: As for the first aim, observations were conducted based on reconstruction of ABC and reports processed by patients.

As for the second aim, 32 outpatients were evaluated with the SCID-I and SCID-II for principal diagnosis. Affective symptoms were assessed using the MRS, the HDRS and the MOODS-SR lifetime version. Boredom proneness was evaluated using the SIN scale, which gives a total score and two partial scores: Internal Stimulation (IS) and External Stimulation (ES).

Results: As for the first aim, one common finding among the four patients was that boredom arises when the goal the subject is pursuing, rather than goals in general, is represented but temporarily inactive. Boredom is followed by attempts to get out of this unpleasant emotional state. These attempts are implemented automatically, without a cognitive processing. The inner state appears to be well discriminated from other emotions (sadness, anger).

BD patients showed greater behavioral dysfunction and individual and social impairment than RMD patients. BD patients seemed to be more susceptible to feel boredom and to show disorganized, impulsive, chaotic behaviors, while RMD subjects seemed rather to point toward their inner state and to have greater control over behavioral outcomes of boredom.

As for the second aim, we found that: 1) BD patients are more prone to boredom ($p = ,037$) and show higher SE mean scores than RMD patients ($p = ,022$); 2) in the overall sample, IS subscale score is negatively correlated with both "manic mood" ($\rho = -,44, p < ,05$) and "manic cognition" ($\rho = -,47, p < ,01$) domains of MOODS-SR, suggesting that the higher is the manic component (mood, cognition), the lower is the patient's deficit of creating sufficient stimulation for himself. Moreover, "depressive mood" domain is positively and significantly correlated with SE subscale ($\rho = ,38, p < ,05$); 3) among RMD patients, there are no significant correlation between MOODS-SR domains and SIN scale; 4) among BD patients, SIN total score is positively and significantly correlated with ritmicity domain of the MOODS-SR ($\rho = ,52, p < ,001$) and IS subscale score is negatively correlated with both "manic mood" ($\rho = -,55, p < ,05$) and "manic cognition" ($\rho = -,46, p < ,05$); 5) there is no correlation between duration of mood disorder and boredom proneness. Boredom seems to be a basic affective tone, rather than a state-specific dimension of BD.

Conclusions: Two operational conclusion can be drawn from this study.

First, a different boredom proneness might contribute to differentiate unipolar and bipolar depressive

episodes. In other words, a trait-specific rather than a state-specific liability to boredom seems to be a feature of BD. Secondly, our findings highlight the need for a greater recognition of boredom and are propelling for the development of new psychotherapeutic treatment addressing this dimension in patients with mood disorders.

Key words: boredom, bipolar disorder, recurrent mayor depression

Introduzione

Gli obiettivi di questo contributo sono descrivere lo stato di noia in termini cognitivi e la sua rilevanza all'interno dello spettro dei disturbi dell'umore, sia attraverso la descrizione di alcuni casi clinici sia attraverso i dati di uno studio pilota.

Che cosa è noia?

Dall'analisi della letteratura relativa alla noia, emergono numerosi tentativi di definizione di questo stato emotivo con risultati eterogenei, complessi e, in qualche caso, di non univoca lettura. In questo lavoro faremo riferimento alla noia come ad uno stato transitorio in cui l'individuo esperisce senso di frustrazione, carenza di intenzionalità e una sensazione di dolorosa alienazione dalla realtà percepita come senza senso e inutile (Maggini e Dalle Luche 1987). L'individuo, quando si annoia, si sente sospeso, svogliato, privo di motivazione e con un livello di attivazione scarso. Tale condizione incide sulla percezione del tempo, vissuto come stagnante, scandito attimo per attimo e non definito da circostanze, da eventi e da comportamenti; è fermo, lasso, non produttivo e non funzionale al soddisfacimento dei propri bisogni, scopi e preferenze.

Possiamo distinguere una noia "normale" ed una "patologica". Nel primo caso, essa emerge sia in specifiche situazioni ambientali percepite dal soggetto come poco interessanti ovvero con uno scarso livello di attrattiva e povere di stimoli sensoriali rilevanti (Ciandella et al. 2004), sia in relazione ad attività ripetitive e monotone. La noia può, altresì, derivare da una condizione interna che si traduce in uno stato di indifferenza rispetto al mondo esterno che perde la propria consistenza e ogni caratteristica di piacevolezza. L'attenzione e la concentrazione si deliniano con modalità variabile e discontinua, gli oggetti esterni e/o interni sono rappresentati in modo labile e superficiale, l'organismo rimane temporaneamente bloccato, non decide, non si attiva, il rapporto con il sé e con il mondo esterno sembra sgretolarsi, divenendo debole, poco consistente. La noia "patologica" è, nella sostanza, costituita dalla medesima organizzazione cognitiva ed affettiva ma ciò che varia è la permanenza del soggetto nello stato emotivo descritto, condizione che, a lungo termine, genera una sofferenza psicologica dalla quale si tenta di uscire attraverso *pattern* comportamentali disfunzionali e rischiosi (uso ed abuso di sostanze, discontrolli alimentari, spese impulsive, ecc.) che, spesso, determinano un notevole *impairment* sociale e funzionale (Maggini 2000). In questo senso, la differenza tra patologia e normalità risiede sia nella modalità di esperire la noia, sia nelle manifestazioni comportamentali che ne derivano. In assenza di patologia, la noia è percepita con un livello minore di sgradevolezza ed è vissuta come meno interferente e impattante sul sistema scopistico; il soggetto percepisce minore urgenza di uscire da questo stato emotivo ed i comportamenti che ne derivano interferiscono meno sul funzionamento globale e risultano maggiormente produttivi, organizzati e funzionali al mantenimento di un'omeostasi tra gli stati interni dell'individuo e l'ambiente esterno. In conclusione, il soggetto che riesce a permanere nella noia senza dover necessariamente ricorrere a comportamenti impulsivi può riuscire a trasformare la sgradevolezza che si lega a questo tipo

di emozione in un “piacevole far niente”.

DeChenne e Moody (1988) correlano la propensione alla noia (“*boredom proneness*”) a quanto i bisogni coscienti e gli interessi di una persona sono soddisfatti dal contesto ambientale e dalla capacità di cogliere gli stimoli dall’ambiente stesso. Secondo Hill e Perkins (1995), il soggetto tende ad annoiarsi nel momento in cui, in presenza di uno stimolo monotono, il proprio assetto cognitivo produce una maggiore omogeneità di costrutti mentali che contribuiscono a generare uno stato di irrequietezza soggettiva associata, appunto, all’emozione della noia. Dai lavori di Zuckerman (1971, 1977, 1979) emerge una associazione tra noia e *stimulation-seeking*, condizione che deriva da un aumento dell’*arousal*. Gli individui *arousal-seeking* o “*sensation seeker*” tendono sia a provare maggiormente noia in circostanze monotone e ripetitive, sia a ricercare nuovi stimoli con la funzione di evitare questa emozione. Il costrutto del “*sensation seeking*” è caratterizzato da un notevole bisogno di novità, di cambiamento, di eccitazione e da esperienze comportamentali ed emotive complesse; esso può essere considerato come un istinto biologico primario caratterizzato psicologicamente da quattro diverse dimensioni, ovvero la ricerca di emozioni e di sensazioni, la ricerca di esperienze, la disinibizione e la suscettibilità alla noia. Quest’ultima riflette una forte avversione alla routine e alle situazioni prevedibili, che tendono a non variare. Inoltre, secondo la teoria di Zuckerman, esiste un livello di *arousal* ottimale nel quale le persone si percepiscono psicologicamente più confortate, tanto che il mantenimento di questa condizione potrebbe essere una forza motivazionale importante.

La noia è stata anche considerata come un decremento della funzione attentiva (Hamilton 1981). L’attenzione infatti regola e coordina l’attività mentale attraverso il processo di frammentazione e riunione del flusso delle informazioni. Uno stile attentivo efficiente ha un ruolo cruciale nell’esperire stati interni positivi e piacevoli e nell’evitare la noia. In coerenza con tale presupposto si ritiene che, da una parte, la gioia intrinseca sia caratterizzata da un coinvolgimento intenso, interesse e concentrazione assorbente, dall’altra, la noia sia determinata da un decremento dell’attenzione. Si potrebbe concludere che sia l’interesse assorbente e profondo, sia la noia, rappresentino i due opposti poli di un *continuum* relativo alla qualità (positiva o negativa) dell’esperienza affettiva che accompagna l’atto conoscitivo e attentivo di processazione delle informazioni (Hamilton 1981). È stato inoltre riscontrato come la predisposizione alla noia determini delle alterazioni nella percezione del tempo. Watt (1991) ha trovato, in un gruppo di 110 soggetti ai quali veniva chiesto di svolgere un compito particolarmente noioso, che coloro che risultavano maggiormente inclini nell’esperire la noia percepivano lo scorrere del tempo come più lento.

Se quanto detto sopra ci dice che cosa può essere noia, che cosa “non è noia”? Con quali altri stati emotivi può essere confusa? Una prima differenziazione si può ad esempio fare con il senso di vuoto, definito da Dimaggio e Semerari (2003) come una transitoria percezione della mancanza di scopi precedentemente rappresentati nella mente dell’individuo; come cercheremo di descrivere più approfonditamente nei paragrafi successivi, nella noia sembra invece che gli scopi siano rappresentati e quindi, per così dire, presenti nella mente del soggetto ma transitoriamente inattivi, in stallo, bloccati nel tempo. La noia, inoltre, per le sue caratteristiche di spiacevolezza e propensione a comportamenti disregolati si differenzia dalla condizione di apatia in cui il sistema emotivo è bloccato e, quindi, l’attribuzione automatica di piacevolezza o spiacevolezza del proprio stato d’animo e l’attivazione neurovegetativa vengono a mancare. Una differenziazione simile la si può fare anche con l’anedonia o incapacità di provare piacere; il soggetto anedonico, seppure percepisca come spiacevole il trovarsi in questa condizione, non ha la stessa urgenza di cambiamento dell’annoiato e comunque non tiene necessariamente i propri scopi “in stallo”.

Noia e psicopatologia

Diversi studi hanno indagato le possibili relazioni tra noia ed alcuni stati affettivi negativi che generano sofferenza psicologica. Farmer e Sundberg (1986) hanno individuato un'associazione positiva con la depressione, con il senso di disperazione (*hopelessness*), con la percezione di sforzo, con la solitudine e con un notevole livello di amotivazione. Altri risultati di questo studio hanno mostrato che la tendenza ad esperire noia è inversamente correlata alla *life satisfaction*. Sommers e Vodanovich (2000), in uno studio effettuato su 200 studenti, hanno riscontrato che i soggetti con alti livelli di propensione alla noia riportano punteggi significativamente maggiori nelle cinque sottoscale della *Hopkins Symptom Checklist* (Derogatis 1974).

Sono state evidenziate anche delle correlazioni positive con l'ostilità, l'aggressività e l'apatia (Buss e Perry 1992, Seib e Vodanovich 1998, Gordon e Wilkinson 1997) e la delinquenza giovanile (Newberry e Duncan 2001). Hill e Perkins (1975) hanno indagato l'associazione tra l'inclinazione alla noia e i fattori "Estroversione" e "Neuroticismo" e hanno concluso che i soggetti che tendono ad esperire la noia hanno una scarsa regolazione degli stati emotivi. Wink e Donahue (1997) hanno confrontato la disposizione alla noia con il narcisismo *overt*, caratterizzato da auto-centramento e idee di grandezza ed il narcisismo *covert*, rappresentato da una minima propensione ad eccellere, da pensieri depressivi e dalla sensazione di inferiorità che maschera, invece, un senso di grandiosità. I dati hanno evidenziato che il narcisismo *covert* correla maggiormente con livelli più alti di disposizione alla noia.

Gana et al. (2000) hanno indagato la relazione tra l'inclinazione alla noia e la tendenza all'introspezione in un campione di 154 soggetti adulti. I risultati hanno indicato che i soggetti maggiormente inclini ad esperire noia sono anche quelli che hanno una maggiore propensione all'introspezione. Inoltre, i tratti di personalità caratterizzati dalla tendenza a focalizzare l'attenzione sul sé hanno mostrato una correlazione con la percezione di carenza di una adeguata stimolazione esterna ma non interna.

Tolor (1989) ha riscontrato che i soggetti che tendono ad annoiarsi frequentemente si sentono maggiormente distanti affettivamente dalle altre persone, sono timidi, si sentono più alienati dalla realtà, cioè mentalmente e psicologicamente non collegati alla società in cui vivono e, in generale, risultano essere meno assertivi. Le persone predisposte alla noia possono, inoltre, avere un profilo psicologico caratterizzato da una spiccata sensibilità interpersonale e da tratti paranoidei che comportano, negli stessi, un atteggiamento di ritiro sociale determinato dalla credenza sovrastimata di quanto le altre persone osservino loro (von Gemmingen et al. 2003).

La noia è stata indagata anche in pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP). A tal proposito, Hartocollis (1980) ha affermato che, in questa tipologia di pazienti, i vissuti depressivi sono esperiti come noia e senso di vuoto. Successivamente, da un lavoro di Rogers et al. (1995) è emerso che i vissuti depressivi che correlano maggiormente con il DBP sono la auto-commiserazione, il senso di vuoto, dell'abbandono, l'auto-distuttività, e la mancanza di speranza; dal medesimo studio non si sono evidenziate correlazioni significative tra la noia, la tendenza a somatizzare ed i medesimi aspetti depressivi. Nel 1996, James et al. hanno confrontato un campione di 24 pazienti adolescenti con DBP con un gruppo di controllo costituito da pazienti psichiatriche senza diagnosi di DBP; i pazienti con DBP mostravano sia una maggiore comorbidità con i disturbi d'Asse I e soprattutto con il Disturbo Depressivo Maggiore, sia più alti punteggi in aspetti quali la tendenza a manipolare gli altri e un senso pervasivo di noia.

La correlazione fra noia ed uso di sostanze stupefacenti è stata evidenziata da molto tempo (Sobell et al. 1974); secondo Laudet et al. (2004), la noia, la solitudine e il *craving* sono i fattori

interni che maggiormente favoriscono la tendenza alle ricadute nell'uso di sostanze stupefacenti. Un ulteriore studio (Boys et al. 2003) ha confermato il peso che ha la noia come causa dell'uso di sostanze stupefacenti sia nei consumatori con doppia diagnosi, sia come disturbo primario. Si è già detto del costrutto del *sensation seeking* elaborato da Zuckerman (1971, 1977, 1979); secondo Bizzarri et al. (2007), tale costrutto correla con un ampio *range* di disturbi dove la caratteristica sintomatologica è la disinibizione comportamentale (alcolismo, abuso di sostanze). Relativamente ai pazienti psichiatrici, si è distinto un campione di pazienti bipolari che hanno mostrato maggiore prevalenza di uso di alcolici o di altre sostanze stupefacenti; lo stesso studio ha evidenziato che il ricorso all'uso di sostanze si associa alla tendenza del *sensation seeking*.

Per quanto riguarda i rapporti fra noia e disturbi affettivi, se da una parte si è prestata molta attenzione alla centralità dei sentimenti di colpa, vergogna e disgusto nella genesi e nel mantenimento delle alterazioni del tono dell'umore, relativamente poco spazio è stato dedicato alla noia intesa come stato emotivo suscitato dall'assenza temporanea di scopi attivi. Farmer e Sundberg (1986) hanno cercato di confrontare i vissuti depressivi e l'emozione della tristezza con l'inclinazione alla noia; la differenza che sottolineano è come la mancanza di interesse e di energia emotiva possa esistere indipendentemente dalla tristezza. Nel provare l'emozione della noia, l'individuo percepisce l'ambiente come statico, ambiente dal quale il soggetto annoiato ne rimane in massima parte disconnesso ed estraneo ai processi che lo determinano e lo caratterizzano. Nei vissuti depressivi, invece, l'emozione predominante è la tristezza, emozione in cui il soggetto ha la percezione di aver subito una perdita cui si associa demotivazione e blocco o rallentamento ideo-motorio. I due vissuti emotivi appaiono ben distinti sia nell'assetto cognitivo che nelle organizzazioni comportamentali che ne derivano. D'altro canto, da un punto di vista neuro-fisiologico, la noia, la tristezza e la depressione sembrano avere un substrato comune: Gerber et al. (2008) hanno registrato con risonanza magnetica funzionale (fMRI) 10 soggetti durante la presentazione di immagini standardizzate di volti che esprimevano varie emozioni. Di fronte allo stimolo visivo, i partecipanti dovevano quantificare il proprio grado di attivazione neurovegetativa e definire la qualità del proprio stato emotivo (piacevole o spiacevole) lungo due assi ortogonali in un diagramma computerizzato. Affaticamento, noia, depressione e tristezza risultavano in uno stesso quadrante caratterizzato da bassi livelli di *arousal* e valenza negativa.

Nel 2003, Todman ha elaborato dei *case-report* su pazienti gravi e residenti in comunità terapeutiche, affetti da schizofrenia o da disturbi dell'umore con manifestazioni psicotiche, per valutare il peso che la noia ha nel decorso di questi quadri psicopatologici. La noia pare contribuire 1) al manifestarsi di alterazioni affettive in fase post-psicotica, 2) ad aumentare le condotte "a rischio" e l'uso di sostanze stupefacenti nella fase residuale della malattia, 3) alla esacerbazione di una sintomatologia positiva come per esempio le allucinazioni, 4) a dei cambiamenti attentivi e, in generale, ad una riduzione dell'efficienza cognitiva, 5) ad uno stato di ipo-anedonia generalizzato. Todman conclude che, per questa tipologia di pazienti psichiatrici, è opportuno considerare la noia come un "*marker prodromico*" e, per l'impatto che questa ha sulla sintomatologia clinica, deve essere indagata attraverso degli strumenti di valutazione appositi e gestita, da un punto di vista trattamentale, con *training* per favorire nei pazienti lo sviluppo di "*coping skills*" specifiche.

Alcuni esempi clinici

Lo psicoterapeuta accoglie spesso richieste dall'utente di intraprendere un percorso psicoterapico per gestire in modo più funzionale alcuni stati emotivi, cui seguono manifestazioni

sintomatologiche precise come ansia, tristezza e rabbia; sono rari i casi in cui la domanda si rivolga alla gestione della noia. Eppure, la noia pare molto presente nel contesto clinico, si annida nell'assetto mentale dell'individuo, rimane latente in alcune occasioni, in altre, si slatentizza in modo energico, preponderante e invasivo, ma, soprattutto, sembra divenire la causa di comportamenti disfunzionali. Ogni emozione assolve importanti funzioni rispetto agli scopi rilevanti ed in gioco per le persone: le emozioni attivano scopi e generano impulsi all'azione come per esempio la fuga o l'aggressività. Inoltre, il provare un'emozione può essere uno scopo nel senso che alcuni individui cercano costantemente di essere emozionalmente attivi, come se, altrimenti, si sentissero "morti"; altre persone, invece, rifuggono dall'attivazione emozionale perché hanno lo scopo attivo di non provare emozioni. Una funzione fondamentale delle emozioni in relazione agli scopi è che queste vigilano sugli stessi, diventano, in questo senso, un "campanello di allarme" su qualcosa di importante che sta variando internamente e/o esternamente all'individuo. In generale, le emozioni negative segnalano il fatto che uno scopo, cogente per l'individuo, sta per essere minacciato o compromesso, mentre le emozioni positive sono segnali del fatto che questi stanno per essere raggiunti. A seconda degli scopi e delle assunzioni coinvolte nell'invalidazione o nella previsione di invalidazione si hanno quindi emozioni diverse (Mancini 1992). La variegata molteplicità delle emozioni è dovuta all'articolarsi delle varie valutazioni di successo o fallimento rispetto a scopi specifici: così la vergogna segnala un fallimento, ma relativo allo specifico scopo della buona immagine sociale (Lorenzini e Sassaroli 2000), la tristezza consegue alla compromissione di uno scopo e dispone l'individuo ad una inattività/passività che gli permette di recuperare le energie e di evitare di subire eventi o situazioni che potrebbero rappresentare ulteriori perdite. Nella noia, non abbiamo una chiara idea di cosa si rappresenti l'individuo che esperisce tale emozione, o di come gli scopi varino e si modifichino in quel preciso momento. In questo senso ci chiediamo: di quale aspetto, importante per l'organismo, questa emozione è la guardiana? Di che cosa essa rappresenta il campanello di allarme? Proviamo a dare qualche risposta illustrando quattro casi clinici giunti alla nostra osservazione.

Esempio clinico 1: Emma

Emma ha trentacinque anni e si rivolge al terapeuta per un problema di abuso di alcol. Dall'analisi dei *trigger* che inducono la paziente all'uso di alcolici, emerge che questo si scatena quando Emma si trova "inattiva" ovvero, per dirla con le parole della paziente, "*quando non posso fare qualcosa per me o per gli altri, mi annoio e bevo*"; l'effetto euforizzante dell'alcol le permette di sbloccarsi da questa *impasse* psico-fisica e le permette di "riattivarsi" iniziando magari a svolgere le attività quotidiane. In altri momenti, viceversa, restare nella noia, prelude un passaggio alla tristezza e alla sensazione di impotenza dalle quali la paziente ugualmente esce usando l'alcol. L'uso di alcol sembra essere l'unica soluzione per evitare di permanere in uno stato mentale di noia o di tipo depressivo, nel quale si sente sbagliata e inadeguata. Questo specifico comportamento cessa nel momento in cui la paziente arriva ad uno stato di confusione mentale che "le permette" di distanziarsi, in modo patologico, dalla realtà e dai vissuti emotivi percepiti come ingestibili.

È stato possibile notare come tale condotta abbia creato un meccanismo a circolo vizioso che va ad amplificare le condotte stesse di abuso. Se, da una parte, la funzione di assumere alcolici è quella di uscire dalla noia e da stati depressivi, dall'altra, tale comportamento va ad incrementare queste emozioni: la paziente riferisce infatti che il senso di inadeguatezza si intensifica nei

momenti di lucidità e di sobrietà. Inoltre, questo tipo di emozione, cui segue l'abuso di alcol, non solo contribuisce a predisporre, precipitare e perpetuare importanti stati depressivi, ma va anche a sostenere stati contropolari di entità ipomaniacale proprio grazie all'effetto euforizzante dato dalle prime assunzioni della sostanza psicotropa.

Dalla ricostruzione della storia di vita, si osserva che la notevole intollerabilità e incapacità di gestione endogena della noia e di stati emotivi di tipo depressivo (stanchezza fisica, tristezza, mancanza di interesse e piacere nel fare le cose, frustrazione, sensazione di impotenza, colpa e inadeguatezza) derivanti dal non sentirsi "importante", considerata, riconosciuta e presente nella mente degli altri significativi, fa sì che la paziente inizi a ricorrere all'uso di alcol come una strategia di *coping* esogena. Per Emma, il fatto che gli altri "non la considerino" (ad esempio quando questi non danno abbastanza attenzione a quello che fa e non giudicano, preferibilmente in senso positivo, un suo comportamento) determina la credenza secondo cui queste persone per lei importanti, non le siano vicine affettivamente; questo comporta, inoltre, che si consideri un individuo senza valore. A tal proposito, la paziente afferma di aver un bisogno costante che le "persone abbiano il pollice alzato" rispetto a quello che fa e a come si comporta, altrimenti si sente senza valore, una nullità e, appunto, "trasparente", una persona che non ha diritto di vivere, decidere, agire e pensare ("*che ci sto a fare al mondo se non piaccio a nessuno e se non sono importante per nessuno?*"). In questo senso l'essere riconosciuta dagli altri come una persona che "*è ok...che va bene*" è l'unica condizione possibile per Emma per considerarsi un essere agente e autodeterminantesi.

La paziente prova noia nel momento in cui lo scopo iperinvestito riguardante il "non essere trasparente" è, momentaneamente, non attivo. Anche se questo scopo è rappresentato nell'assetto mentale, la paziente non riesce ad attivarsi e a trovare delle stimolazioni, internamente e/o esternamente, per il raggiungimento dello stesso. L'*exit* più funzionale che ha utilizzato per evitare questo stato emotivo avversato è stato quello relativo all'abuso di alcol. Emma discrimina chiaramente i momenti in cui percepisce lo scopo compromesso e quindi esperisce tristezza, rispetto alle situazioni in cui prova noia.

Esempio clinico 2: Francesca

Francesca ha trentasette anni e racconta una storia di oscillazioni del tono dell'umore di entrambe le polarità con caratteristiche sia endogene sia reattive e prevalenza di fasi a connotazione mista con sintomi psicotici. La caratteristica costante è la presenza della noia che emerge nel momento in cui Francesca, che è solita spostarsi geograficamente per lavoro o semplicemente per turismo, rientra nella piccola città di provincia. Il permanere per pochi giorni in questa città determina dei visibili cambiamenti del tono affettivo che si flette progressivamente: la paziente si sente immediatamente attraversata e invasa dalla noia derivante dalla percezione della mancanza di una adeguata stimolazione e di una inesorabile staticità dell'ambiente esterno. Solo successivamente ed in conseguenza al permanere nello stato emotivo della noia, cade in uno stato depressivo che si fa sempre più invalidante e severo tanto da richiedere, nella maggior parte delle occasioni, il ricovero in ambito specialistico. Risulta meno chiaro come la paziente scivoli, durante la flessione dell'umore o nelle fasi miste, in una sintomatologia di tipo psicotico caratterizzata da un profondo stato di allarme, da deliri di riferimento e di persecuzione, in cui Francesca si sente osservata, spiata, seguita e controllata, si percepisce dentro ad un "video-game" in cui lotta contro persone "malvagie" che non riesce ad identificare e deve superare dei livelli per salvare da morte certa i suoi familiari oltre che lei e i suoi più cari amici. In queste fasi la

paziente mostra anche deliri di colpa perché assume che l'eventuale morte delle persone a lei care sarebbe una sua responsabilità, quando, sempre secondo la paziente, è lei che deve subire una punizione per "qualcosa di grave" che ha commesso in passato, mostra inoltre dei deliri mistici in cui ritiene di avere un "rapporto telepatico" con Dio e con un suo angelo che ha la funzione di mediatore e che lei chiama "l'essere di luce". In altri momenti, invece, cade in uno stato di blocco psico-motorio in cui non può più pensare e parlare perché Dio le ha "staccato i tubi che sono nel collo". A queste tipologie di delirio che spesso coesistono, fanno costantemente da sfondo le dispercezioni uditive sia a contenuto denigratorio ("le voci maligne") ovvero quelle appartenenti alle persone che la vogliono uccidere, sia con caratteristiche più neutrali ("le voci benigne") che sembrano riferirsi ad alcuni suoi amici e "all'essere di luce". Un'ipotesi è che la paziente arrivi, conseguentemente alla noia e poi alla depressione, a dei livelli ingestibili di disgregazione sia della realtà che della propria identità. Ciò che rimane costante in queste fasi di riesacerbazione sintomatologica è la permanenza della paziente nella sua città, cui segue prima la noia che acquisisce, in questo quadro clinico, le caratteristiche non solo di antecedente ma di prodromo vero e proprio e, successivamente, un'alterazione del tono dell'umore in senso depressivo o misto. Il delirio diventa molto probabilmente un tentativo di riorganizzazione. In queste condizioni cliniche, Francesca ha tentato per due volte la defenestrazione comandata dalle "voci maligne" ed una volta ha cercato di tagliarsi la gola "perché solo con un suo sacrificio gli altri si sarebbero potuti salvare". Il viaggio ha la funzione di evitamento di questi stati profondi di noia: in un posto non conosciuto ha costantemente degli stimoli nuovi, diversi, conosce nuove persone che "non sanno nulla" di lei e verso le quali, quindi, non prova vergogna. In luoghi sconosciuti, la paziente può quindi riorganizzarsi tutte le volte una "vita nuova", stimolante appunto, scandita da attività lavorative diverse, dalla forte motivazione derivante dal fatto di dover imparare una "lingua nuova", da amicizie nuove e scandita da un tempo che scorre velocemente. In questi contesti Francesca si sente produttiva, energica, vitale, sente che non spreca le occasioni, ma anzi, se ne crea di nuove. Il viaggio/fuga è quindi una condotta comportamentale agita in modo piuttosto sbrigativo e impulsivo che, se da una parte produce una riduzione nell'immediato delle emozioni sgradevoli, quali la noia e la tristezza, dall'altra, rappresenta un potente fattore di mantenimento nel senso che impedisce alla paziente di esporsi e poi di accettare lo scenario temuto.

Emerge inoltre dalla storia di vita un iperinvestimento continuo ed irrinunciabile sulla propria autonomia e agentività che consiste in un bisogno imprescindibile di legittimazione delle proprie preferenze e dei propri valori, basata sulla possibilità di vivere delle esperienze in prima persona e rispetto a delle scelte che ha compiuto in modo autonomo e libero da vincoli e costrizioni sia interpersonali che ambientali. Solo se si verifica questa condizione, Francesca può definirsi e percepirsi come un individuo autonomo, con proprie preferenze e propri valori, che riesce, a queste condizioni, a portare avanti un progetto di vita. Progetto di vita che si sgretola e si destruttura, così come l'identità della paziente stessa, quando si creano delle situazioni costrittive caratterizzate da monotonia, staticità e ripetitività. Francesca riesce a sentirsi "viva e non una morta che cammina" solo attraverso la variazione di ambienti esterni, quello che sembra totalmente assente è la possibilità della stessa di crearsi delle stimolazioni che provengano dall'interno. Di qui, la paziente viene investita dalla noia che insorge nel momento in cui i temi di vita irrinunciabili per la paziente (autonomia/agentività) rimangono in uno stato di "stallo", di immobilità, in una posizione comunque lontana di raggiungimento degli stessi. Quando la noia è sempre "leggera e sopportabile" la porta a scappar via dalla piccola città di provincia, in altre situazioni, quando è impossibilitata a viaggiare magari proprio per la gravità del Disturbo Bipolare, cade in stati dell'umore depressivi o misti associati alle manifestazioni psicotiche, così insopportabili ed

invalidanti che l'unica soluzione possibile rimane quella del suicidio.

Francesca spiega così la distinzione tra “noia normale” e “noia della malattia”: *“La noia ti prende, ti attanaglia e non ti lascia andare, ti tiene lì ferma senza farti muovere ed una volta che lo fai, questa sfugge e prende un'altra via. La noia ti uccide dentro, alcune volte non ti lascia scelta, scava dentro di te fino ad arrivare nel profondo. Vivo la noia di tutti i giorni quando non so cosa fare e non ho alternative, il tempo passa ed io rimango ferma. Ho vissuto la noia della malattia, che è differente da quella del quotidiano, una noia più dolorosa fatta di momenti che non passano mai, di momenti scanditi minuto dopo minuto, dell'angoscia di un macigno enorme che senti nel cuore e non ti fa respirare. La noia del quotidiano però è molto più leggera, meno opprimente e meno dolorosa, esiste ma non ti fa sentire come quando sei sofferente di una malattia chiamata Disturbo Bipolare”*.

Esempio clinico 3: Lorenzo

Lorenzo ha quarantacinque anni e presenta, nella storia pregressa, almeno tre episodi depressivi rappresentati da profondi vissuti di colpa, senso di inadeguatezza, anedonia, abulia, notevole stanchezza fisica e faticabilità, passività, ipersonnia, decremento ponderale e idee anticonservative non strutturate. Tutte le fasi depressive sono state precedute dall'emozione di colpa, soprattutto verso la figlia, quando pensa di essere stato un “pessimo padre”, “un padre trascurante e sordo ai bisogni della bambina”. Questo stato emotivo si trasforma in tristezza intensa fino alla depressione quando, in un secondo momento, valuta il senso di colpa come prova evidente di essere inadeguato e quindi “un fallito” non solo come padre, ma anche entro la relazione sentimentale che ha con la compagna ed infine sul lavoro. Nelle fasi depressive acute, la noia non sembra essere presente, subentra invece in modo importante nei periodi di eutimia; compare quando si trova a svolgere un'attività che considera poco piacevole (leggere un libro che non gli interessa, guardare un film noioso) e durante i turni lavorativi che effettua nell'attività a conduzione familiare. In ambito lavorativo, la noia si trasforma, in un primo momento, in senso di colpa verso la madre nella misura in cui Lorenzo pensa di far venir meno il lavoro e l'impegno riposto dalla stessa nell'impresa di famiglia. In un secondo momento, questa emozione viene letta dal paziente come uno stato emotivo e comportamentale dal quale è necessario uscire (“devo fare qualcosa di utile... devo muovermi”) e dà quindi origine ad un *pattern* comportamentale poco organizzato e costituito da un'attivazione afinalistica ed improduttiva. Questa sequenza emotiva si conclude con uno stato di tristezza proprio nel momento in cui l'agire improduttivo viene percepito come prova certa di fallimento, inutilità e inadeguatezza. La tristezza risulta essere comunque molto meno intensa di quella esperita durante le fasi depressive.

Anche in questo caso, la noia acquisisce il ruolo di emozione *trigger* di una serie complessa di ulteriori stati emotivi che vanno a concludersi con la tristezza che origina da un netta diminuzione del valore personale. Inoltre, anche in questo paziente, la noia emerge nel momento in cui lo scopo cogente per lo stesso è rappresentato ma non è attivo; per Lorenzo è fondamentale percepirsi utile e produttivo e questa sensazione ha la funzione di evitare quell'intollerabile senso di inadeguatezza che determina, nel momento in cui è triste, una compromissione della propria autostima e del valore personale. Ecco che il percepirsi inattivi, quindi non utili e “senza senso”, slatentizza un'inquietudine inefficace, che nasce probabilmente con la funzione di “rimediare” all'improduttività. Quella sensazione di scarso valore personale, da sempre presente nella vita del paziente, subisce ad un certo punto una compromissione e crea un circolo vizioso che va poi ad incrementare il senso di colpa verso la famiglia ma soprattutto verso la madre.

Esempio clinico 4: Marta

Marta ha cinquanta anni e soffre di episodi depressivi ricorrenti: ha subito, nel corso della vita, tre lutti importanti e, oltre al percorso psicoterapeutico, assume da tempo un trattamento psicofarmacologico. Durante le flessioni del tono dell'umore, caratterizzate prevalentemente da stati di iperarousal neurovegetativo, sentimenti di tristezza e colpa, anedonia, stanchezza fisica e apatia, si slentizza anche la componente ansiosa definita dal timore di perdere il controllo e di impazzire, le cui conseguenze potrebbero consistere nel "fare del male a se stessa e ad altre persone", usando magari dei coltelli che ha a portata di mano o mettendo "le mani al collo" per "strozzare" i familiari ed i colleghi. Relativamente alla noia, Marta riesce a discriminare chiaramente il fatto che questo vissuto sembra non comparire nelle fasi in cui l'assetto emotivo è costituito da sintomi depressivi e/o ansiosi; emerge invece nelle fasi di remissione sintomatologica. La paziente prova noia soprattutto entro alcune dinamiche relazionali che considera "poco soddisfacenti dal punto di vista mentale", che non "la intrigano". L'aspetto interessante è che la noia non compare mai quando Marta è da sola, perché quando si trova nella condizione di solitudine percepisce di avere tutta "la libertà necessaria di fare e di pensare" ciò che preferisce. Questa "libertà decisionale" viene meno nel momento in cui si trova "costretta" nelle interazioni personali che la paziente non gradisce. Questo sembra rispondere alla necessità imprescindibile di perseguimento della propria agentività, nel senso di percepirsi libera "di essere quella che vuole", libera di "scegliere" quello che ritiene più giusto per lei, libera di perseguire le proprie preferenze, di sentirsi "indipendente moralmente ed economicamente", di sentirsi priva da vincoli derivanti da "convenzioni stabilite dall'esterno" e dall'avere "qualsiasi tipo di briglia al collo, per nessuna ragione, nemmeno per un grande amore". Solo se Marta si trova in queste condizioni che le permettono di essere "la sola e unica padrona di se stessa", allora riesce a percepirsi come un individuo che mantiene la propria soggettività e che si auto-determina seguendo delle scelte che provengono dall'interno. In questo senso, è comprensibile la sua estrema sensibilità alle situazioni opposte in cui, in modo selettivo, individua gli elementi che possono determinare, nella propria individualità, costrizioni e limitazioni. Alle suddette condizioni, la paziente reagisce con uno stato emotivo di rabbia, cui segue un senso di delusione e di rassegnazione nel momento in cui constata che numerose relazioni risultano essere "noiose" e "piatte". È molto interessante come la paziente, che per altro è dotata di una notevole capacità di introspezione, di riconoscimento e valutazione dei propri stati mentali ed emotivi, riesca a concludere in modo indipendente che tende a provare noia quando fa riferimento a parametri esterni, quando si pone in una posizione di ricerca di stimolazione dall'ambiente esterno, dalle altre persone che, spesso, disattendono le proprie aspettative. Probabilmente la noia si presenta con la funzione di segnalare che il tema di vita investito dalla paziente, identificabile nel bisogno costante di promuovere e sviluppare le proprie potenzialità, risorse, capacità e preferenze, unito alla percezione di sentirsi libera di agire e di autodeterminarsi come crede essere per lei più funzionale, è come se fosse "bloccato e stagnante" nel tempo. La rabbia passiva che segue alla noia ha, a sua volta, la funzione sia di far muovere, quasi di riattivare il "sistema scopistico" per evitare una ulteriore perdita di "tempo prezioso" per se stessa, sia di ricreare un ordine ed una gerarchia in termini di rango in modo da limitare e confinare "l'invasione" determinata "dall'interazione noiosa" con altre persone. Marta descrive la noia nel seguente modo: *"Parlare della noia per me è abbastanza facile, dato che l'ho sperimentata spesso e tuttora mi capita di avvertirla anche se più raramente; questo forse perché, imparando a conoscermi meglio, cerco di evitare le situazioni che possono indurla, insomma, adotto delle "strategie". Ho capito, ad esempio, che su di me la noia ha più presa quando sono in*

Lisa Lari et al.

compagnia di persone piuttosto che nel tempo che passo da sola, dato che in questo caso ho piena libertà di fare e pensare ciò che più mi va, mentre con gli altri mi capita di essere “costretta” ad ascoltare cose che mi interessano poco o niente. In più, per non apparire troppo maleducata, mi sento in dovere di partecipare, almeno un minimo, a questi intrattenimenti pallosi, ed allora si che compare la noia....Mi prende maggiormente in tutte le relazioni poco soddisfacenti dal punto di vista mentale, che non mi intrigano, dove c'è ripetitività e si parla o si fanno più o meno le stesse cose, dove la mia curiosità ha esaurito la sua ricerca e, magari, ha lasciato il posto ad una delusione causata dal constatare che ognuno di noi, in fondo, tende a vivere e comportarsi secondo modelli appresi e difficilmente ha voglia, ho il coraggio di cambiarne qualcuno o per lo meno di cercare di ampliare la conoscenza di sé e del mondo che ci circonda. Certo, anch'io ho delle abitudini alle quali non rinuncio perché mi va bene così, ma ciò non toglie che senta da sempre un bisogno di andare “oltre”, di sviluppare le mie potenzialità interiori per vivere meglio che posso. Quando sento di non poter condividere con l'altro questa esigenza preferisco starmene da me, in quanto è proprio lì che si annida la noia e si nutre di tutto questo. L'emozione che ne scaturisce è qualcosa che si avvicina alla rabbia, la sensazione di perdere del tempo che comunque non tornerà più, il sentirmi “invasa” da cose che non mi interessano, ritenute da me banali, scontate, che non portano nemmeno un granello della conoscenza di cui parlavo prima. E tutto questo accompagnato talvolta da un senso di delusione nel vedere che quasi sempre è così, che probabilmente è inutile cercare all'esterno e soprattutto negli altri gli stimoli che rendano la vita più interessante. A volte capita la fortuna di incrociare nel nostro percorso qualcuno che ci trasmette dell'energia positiva, ci contagia con il proprio entusiasmo e ci dà delle belle lezioni di vita...tutto il resto è noia...”

Temì comuni e caratteristiche dirimenti

È possibile notare alcuni aspetti comuni nell'indagine della genesi della noia e delle ripercussioni che questa ha sull'assetto cognitivo ed affettivo dei pazienti sopra descritti: in tutti i casi, la noia prende origine nel momento in cui lo scopo investito dal soggetto, e non gli scopi in generale, è rappresentato ma transitoriamente inattivo, “in stallo”, “bloccato nel tempo”: Emma prova noia quando non riesce ad attivare risorse esterne e/o interne per evitare di sentirsi trasparente e non presente nella mente dell'altro. Francesca entra in un profondo stato di noia quando percepisce che il bisogno di vivere delle esperienze nuove e delle nuove sensazioni è bloccato e ingabbiato in un tempo fisso, che non va avanti, che non muta. Per Lorenzo è fondamentale percepirsi utile e produttivo e, quindi, di valore. In questo senso, la noia subentra quando questo scopo rimane fisso a causa di un'assenza di stimolazione esterna e/o interna. Infine, Marta esperisce noia quando sente che il bisogno irrefrenabile di accrescere e di arricchire la sua personalità è, momentaneamente, disattivato, magari da una compagnia “piatta e monotona”. In tutti i casi, sembra che i pazienti tentino di attivarsi o ri-attivarsi per recuperare questo *gap* creato dalla noia, per uscire da questo stato emotivo molto poco tollerabile. Infatti, la noia di questi individui è relativamente transitoria, alla stessa seguono immediatamente altre organizzazioni comportamentali molto diverse fra loro: Emma ricorre ad una strategia di *coping* esogena quale l'abuso di alcol; Francesca si attiva mettendosi continuamente in viaggio con la finalità di cogliere emozioni e sensazioni nuove in alcune occasioni, in altre fasi di vita, invece, soccombe alla noia fino a cadere in invalidanti alterazioni del tono affettivo. In altre situazioni ancora, sembra che la noia diventi così profonda e potente da contribuire in modo significativo alla disgregazione della propria identità; in Lorenzo provoca un senso di irrequietezza e di

agitazione improduttiva; Marta invece prova rabbia e si rassegna alla possibilità di dover incontrare spesso persone noiose. Si potrebbe quindi dedurre che, in questi pazienti, la noia diventi un attivante di ulteriori credenze e *pattern* comportamentali, generando, in questo senso, dei circoli viziosi che mantengono il comportamento problematico (ad esempio l'abuso di alcol, la sintomatologia depressiva, il senso di inadeguatezza etc) che determina sofferenza e per il quale il paziente richiede un intervento di tipo psicoterapico.

Sembra inoltre che tutti questi tentativi di soluzione vengano messi in atto in modo automatico, cioè non processato cognitivamente. Quello che sembra variare relativamente al disturbo dell'umore riguarda non tanto la percezione soggettiva della sofferenza derivante dalla noia, quanto il livello di gravità, di disfunzionalità e di *impairment* individuale e sociale individuabile nei comportamenti che conseguono a questa emozione: si potrebbe dire che le strategie comportamentali messe in atto dalle due pazienti con Disturbo Bipolare sono maggiormente invalidanti, costose e controproducenti rispetto ai due pazienti con depressione unipolare. Si potrebbe ipotizzare che i pazienti bipolari siano maggiormente sensibili a questa emozione e tendano a rispondere con condotte comportamentali in maggior misura disorganizzate, impulsive, caotiche e rivolte all'esterno. I pazienti depressi sembrano invece rivolgere l'attenzione al proprio stato interno, sembrano, in qualche modo, controllare maggiormente gli esiti comportamentali prodotti dalla noia. Ovviamente, per indagare questa ipotesi, è necessario implementare il campione di pazienti.

Infine, i pazienti descritti precedentemente riescono facilmente a discriminare, dopo un lavoro di identificazione e riconoscimento della noia, questo stato interno dalle altre emozioni come la tristezza, la rabbia, l'agitazione psicomotoria. Alcuni di loro evidenziano che quando sono depressi non esperiscono noia, ancora di più quando sono eccitati o dominati da una sintomatologia di tipo psicotico, in cui in realtà si è assaliti da un ingestibile stato di allerta e si è presi, magari, dall'ascolto di "voci maligne".

Dalla clinica alla ricerca: quali differenze nella sensibilità alla noia all'interno dei disturbi dell'umore?

Le osservazioni fatte sui casi clinici precedentemente esposti hanno ispirato una ricerca pilota volta ad indagare eventuali differenze nella propensione alla noia fra pazienti con Depressione Maggiore Ricorrente (DMR) e pazienti con Disturbo Bipolare (DB).

Caratteristiche del campione e strumenti utilizzati

Sono stati reclutati 32 pazienti ambulatoriali con i seguenti criteri di inclusione: età compresa fra 18 e 70 anni; diagnosi di disturbo dell'umore documentato mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I, First et al. 1997), in fase di remissione come evidenziato da un punteggio inferiore ad 8 alla Hamilton Depression Rating Scale (HDRS, Hamilton 1967) e da un punteggio inferiore a 7 alla Mania Rating Scale (MRS, Young et al. 1978); volontà e capacità di dare il consenso informato. Sono stati considerati criteri di esclusione: diagnosi di schizofrenia o disturbo schizoaffettivo; sindrome affettiva organica; psicosi; abuso/dipendenza da alcool o sostanze negli ultimi tre mesi; presenza di disturbo antisociale di personalità documentato mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II, First et al. 1997); presenza di una malattia organica che avrebbe potuto interferire con il percorso terapeutico (disturbo cardiovascolare, malattie

renali o del fegato, epilessia, ipertensione non trattata, malattia endocrina non-stabilizzata). La compilazione dei questionari è stata effettuata dopo che il partecipante era stato adeguatamente informato e solo dopo aver firmato il relativo consenso scritto.

Tutte le scale di valutazione sono state somministrate in un'unica sessione. Oltre a quelle già citate, sono state utilizzate: 1) questionario autosomministrato Mood Spectrum Self-Report (MOODS-SR versione lifetime, Cassano et al. 1999) per la valutazione dei sintomi dello spettro dei disturbi dell'umore, composto da 161 item suddivisibili in 3 domini maniacali-ipomaniacali e 3 depressivi, ciascuno dei quali esplora umore, energia e cognitività. Inoltre è presente un dominio che esplora alterazioni nella ritmicità (ad esempio modificazioni dell'umore, dell'energia e del benessere fisico a seconda del clima, della stagione e della fase del ciclo mestruale, ecc.) e nelle funzioni vegetative, inclusi sonno, appetito e attività sessuale.

2) la Scala di Inclinazione alla Noia (SIN), in corso di validazione, è la versione italiana della "Boredom Proneness Scale" (BPS, Farmer e Sunderberg 1986) ed è il primo questionario che presuppone la misurazione del costrutto generale definito come "noia". Questo strumento si propone di rilevare la suscettibilità generale che un individuo può avere nel provare l'emozione della noia. Gli item includono affermazioni come "è facile per me concentrarmi sulle mie attività", e "se non faccio qualcosa di eccitante, o perfino pericoloso, mi sento apatico e come morto". Nella sua forma originaria, la scala è costituita da 28 item dicotomici (vero/falso), poi convertiti ad una forma su scala likert a 7 punti per accrescerne la sensibilità e accuratezza (McLeod e Vodanovich 1991, Rupp e Vodanovich 1997, Vodanovich e Kass 1990). Gli studi condotti sulla scala con item dicotomici hanno dimostrato comunque che questo strumento possiede una buona consistenza interna che va da punteggi alpha di .79 a .84 (McLeod e Vodanovich 1991, Rupp e Vodanovich 1997). Nella nostra ricerca pilota si è utilizzata la forma dicotomica.

La validità concorrente della BPS è stata provata dalla sua relazione positiva con le scale che misurano altri costrutti come la depressione, l'ansia, la somatizzazione e la rabbia (Farmer e Sunderberg 1986, Rupp e Vodanovich 1997, Sommers e Vodanovich 2000), e dalla sua relazione negativa con costrutti come la soddisfazione per la propria vita e la realizzazione di sé ("self-actualization") (McLeod e Vodanovich 1991). Partendo dal presupposto che l'identificazione del tipo e numero di fattori che sono alla base di questa scala è fondamentale per il suo uso sia in ambito della ricerca che nella pratica clinica, alcuni autori hanno tentato di delineare delle sottocategorie che permettessero, da una parte, una valutazione più precisa della noia e, dall'altra, la determinazione del peso di ogni fattore sul punteggio totale. Vodanovich et al. (2005), individuano due fattori denominati Internal ed External Stimulation; gli item appartenenti alla sottoscala riguardante la stimolazione interna identificano un deficit nell'abilità dell'individuo a generare sufficiente stimolazione per se stesso, mentre quelli compresi nella stimolazione esterna riflettono il bisogno di varietà e cambiamento e la tendenza del soggetto ad attribuire alla monotonia dell'ambiente esterno la causa della propria propensione alla noia.

Analisi statistiche

Data la scarsa numerosità campionaria e le distribuzioni non normali delle variabili prese in esame, tutte le analisi statistiche sono state condotte utilizzando test non parametrici; il test di Mann-Whitney è stato utilizzato per confrontare i due gruppi di pazienti (DMR e DB) sui punteggi ottenuti nella scala SIN di inclinazione alla noia, sia relativamente al punteggio totale, sia per i punteggi parziali derivanti dai due fattori sottostanti allo strumento: Stimolazione

Interna (SI), Stimolazione Esterna (SE). Per valutare l'esistenza o meno di relazioni statisticamente significative tra i domini del MOODS-SR e il totale del campione sono stati calcolati i coefficienti di correlazione rho di Spearman. Gli stessi domini sono stati inoltre correlati sia nel sottogruppo di pazienti con DMR, sia nel sottogruppo di pazienti con DB. Una ulteriore correlazione è stata studiata tra la durata della malattia espressa in mesi e la SIN, sia nel suo punteggio totale che nel punteggio relativo alla SI e alla SE. Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS, versione 16.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).

Risultati

Il campione selezionato è costituito per il 62,5% da pazienti di sesso femminile ed ha un'età media pari a $36,5 \pm 10,9$ anni; il 46,9% del campione non è sposato, il 37,5% è coniugato/convivente e il 15,6% è separato/divorziato. Il 66,8% possiede il diploma di scuola media superiore, il 12,5% ha un diploma di scuola media inferiore, il 9,4% è in possesso di una laurea e il 3,1% ha titoli nel post-laurea. Relativamente alla diagnosi, 13 soggetti hanno soddisfatto la diagnosi per DMR e 19 per DB; tra questi ultimi, il 21,9% ha un DB tipo I, il 31,3 % tipo II e il 6,3% un disturbo ciclotimico. Il 53,1% del campione mostra una comorbilità con altri quadri clinici appartenenti all'Asse I e il 50% con l'Asse II. Il valore medio della durata della malattia, espressa in mesi, è 111,06.

Il confronto fra pazienti con DB e pazienti con DMR mostra differenze nel punteggio totale della SIN e nelle sottoscale: il gruppo di pazienti con DB ha punteggi significativamente più alti al punteggio totale della SIN e alla sottoscala SE, rispetto ai pazienti con DMR. Nessuna differenza significativa è evidenziata tra i due gruppi rispetto alla sottoscala SI (**tabella 1**).

Tabella 1. Differenze nel punteggio totale e nelle sottoscale della SIN tra i due gruppi diagnostici (Mann-Whitney Test). I dati sono presentati come media (DS)

	DMR (n=13)	DB (n=19)	Mann-Whitney test	p
Punteggio totale	10,69 (6,22)	14,74 (5,27)	-2,08	,037
Stimolazione Interna	3,08 (1,93)	2,951 (.61)	-,27	,791
Stimolazione Esterna	3,23 (2,65)	5,63 (2,77)	-2,30	,022

La **tabella 2** mostra le correlazioni, nel campione totale, tra i punteggi ottenuti nei domini del MOODS-SR e quelli ottenuti alla SIN, sia nel punteggio totale che nelle due sottoscale (SI, SE). Emerge una correlazione negativa e statisticamente significativa tra i domini del MOODS-SR "umore maniacale" e "cognitività maniacale" e la sottoscala SI, indicando che all'aumentare delle componenti maniacale (umore, cognitività) diminuisce il deficit nell'abilità dell'individuo a generare sufficiente stimolazione per se stesso e, quindi, ad esperire la noia per un problema di stimolazione interna insufficiente.

Emerge poi una correlazione positiva e significativa tra il dominio "umore depressivo" ed il fattore SE. Questo dato sta ad indicare che all'aumentare della componente depressiva dell'umore, tende ad aumentare la tendenza ad individuare nella monotonia dell'ambiente esterno la causa della propensione alla noia che determina una maggiore necessità di varietà e cambiamento (SE).

Tabella 2. Coefficienti di correlazione Spearman's rho tra domini MOODS-SR e punteggio totale e sottoscale della SIN nel campione totale

	Umore depressivo	Umore maniacale	Energia depressiva	Energia maniacale	Cognitività depressiva	Cognitività maniacale	Ritmicità
Punteggio totale	,33	-,07	,29	,16	,19	,13	,19
Stimolazione Interna	,01	-,44*	,10	-,20	,12	-,47**	,25
Stimolazione Esterna	,38*	,01	,17	,14	,03	-,02	,13

*Correlazione significativa a 0,05

**Correlazione significativa a 0,01

Dividendo il campione sulla base della diagnosi iniziale, si riscontra che nel gruppo dei pazienti con DMR, non emerge alcuna relazione significativa tra domini del MOODS-SR e la scala SIN. Al contrario, nei pazienti con DB, l'analisi di correlazione mostra una correlazione positiva e significativa tra il punteggio totale della SIN e il dominio "ritmicità" del MOODS-SR e una relazione negativa e significativa fra la sottoscala SI della SIN e i domini "umore maniacale" e "cognitività maniacale" e (tabella 3)

Tabella 3. Coefficienti di correlazione Spearman's rho tra domini MOODS-SR e punteggio totale e sottoscale della SIN in pazienti con DB

	Umore depressivo	Umore maniacale	Energia depressiva	Energia maniacale	Cognitività depressiva	Cognitività maniacale	Ritmicità
Punteggio totale	,05	-,26	,34	,09	,26	-,03	,52*
Stimolazione Interna	-,30	-,55*	,03	-,15	-,05	-,46*	,40
Stimolazione Esterna	,18	-,11	,13	-,00	,08	,02	,38

*Correlazione significativa a 0,05

L'ultima indagine riguarda la relazione tra la durata della malattia e la SIN. Nessuna correlazione significativa è stata evidenziata.

Discussione e commento dei risultati

Dall'analisi dei dati emerge che i soggetti con DB sono più inclini a provare noia rispetto ai pazienti con DMR ovvero maggiormente propensi a questo tipo di vissuto. Inoltre, è interessante notare che i pazienti bipolari si differenziano dai soggetti unipolari perché manifestano una

maggiore tendenza ad individuare nella monotonia dell'ambiente esterno la causa della noia e mostrano, dunque, una maggiore urgenza di cambiamento e varietà ambientale. Un ruolo importante è giocato dall'umore e dalla cognitività maniacale: se queste due componenti, considerate espressione della bipolarità, hanno un peso rilevante nell'assetto affettivo, l'individuo non ha difficoltà nel generare sufficiente stimolazione interna per se stesso e, quindi, non tenderà a provare noia. Risulta facile, in ambito clinico, immaginare un paziente bipolare in fase maniacale o ipomaniacale che si percepisce in uno stato di continuo benessere, si sente più intelligente e brillante, impegnato, mai affaticato, con nuovi progetti, più o meno realistici e fruttuosi, magari saltando da un'attività all'altra in modo caotico con il tentativo di inseguire la moltitudine di idee che corrono e che derivano da quell'accelerazione tipica della fase. In fase espansiva il soggetto si percepisce curioso verso il mondo, creativo, con una personalità artistica che determina momenti di vivace ispirazione, migliora nettamente le proprie prestazioni e, spesso, si trova coinvolto in esperienze pericolose e emotivamente intense (Musetti et al. 2002). È chiaro come, a queste condizioni, la noia che si sviluppa internamente non trovi spazio nella mente sovraffollata del paziente bipolare. Inoltre, si può notare come all'aumentare della componente depressiva dell'umore si sviluppi maggiormente la tendenza ad individuare nella monotonia dell'ambiente esterno la causa della propensione alla noia che determina una maggiore necessità di varietà e cambiamento.

I pazienti con DMR, oltre ad essere in minor misura inclini alla noia, non manifestano la necessità di varietà e di cambiamento né presentano significativi deficit di stimolazione interna. Alla luce di quest'ultimo risultato, si può speculare che la correlazione positiva tra l'umore depresso e la SE derivi dal peso della presenza dei pazienti con DB all'interno del campione totale, come ad indicare che la componente depressiva di questi pazienti si distingue in qualche modo dalla depressione unipolare. La depressione in pazienti con DB sembra comportare, negli stessi, una maggiore tendenza ad attribuire all'ambiente la causa della noia, ambiente che è percepito ancora più monotono, piatto ed uniforme.

I nostri risultati sono parzialmente in linea con gli studi condotti sulla noia. Alcuni studiosi hanno trovato correlazioni tra la noia e il costrutto del *sensation seeking* (Zuckerman 1971, 1977, 1979) e tra la noia e la disinibizione comportamentale (Bizzarri 2007), tratti che potremmo considerare caratteristici del paziente bipolare; in altri studi emerge invece una relazione positiva con alcuni vissuti tipicamente depressivi, come il senso di disperazione e l'assenza di motivazione (Farmer e Sundberg 1986). In base ai nostri dati potremmo però speculare che sia soprattutto lo stato depressivo del paziente bipolare e non quello del paziente unipolare ad associarsi alla noia. Per di più, l'assenza di relazione tra la durata di malattia, che è stata utilizzata come indice di gravità, e la tendenza ad esperire noia, indica probabilmente il fatto che questa emozione rappresenta una tonalità affettiva basica, un'entità di tratto e non di stato, la cui intensità non muta al variare degli anni di malattia ma rimane una caratteristica specifica dei disturbi affettivi e, soprattutto, di quello bipolare.

Questi risultati sono, per altro, in linea con le osservazioni cliniche effettuate nei pazienti con DB (Emma e Francesca) e con DMR (Marta e Lorenzo). Le strategie comportamentali messe in atto da Emma e Francesca, valutate come maggiormente invalidanti, costose e controproducenti, confermano il fatto che i pazienti bipolari sono maggiormente sensibili a questa emozione e tendono a rispondere con condotte in maggior misura disorganizzate, impulsive, caotiche e rivolte all'esterno. Considerato che i suddetti pazienti sono "abituati" a rivolgere l'attenzione alla qualità di stimolazione proveniente dall'esterno, tanto da attribuire l'origine della noia prevalentemente alla pervasiva monotonia delle situazioni che si trovano a vivere, essi sembrano ricercare nell'ambiente stesso gli strumenti per gestire, controllare e/o rimuovere questa emozione per loro

così poco tollerabile. L'osservazione clinica relativa ad una maggiore attitudine di controllo degli esiti comportamentali prodotti dalla noia individuata in Marta e Lorenzo trova conferma nei dati statistici che mostrano i pazienti con DMR in minor misura propensi e sensibili alla noia. Questi pazienti sembrano, in un certo senso, trovarsi in una condizione emotiva che genera sofferenza ma che non determina quell'impellente stato di urgenza caratterizzato dal "doverne uscire" a tutti i costi, fino ad arrivare al punto di sviluppare un disturbo da dipendenza da alcolici o uno stile di vita "da nomade, da vagabonda", per usare le parole di Francesca, improntato sulla costante ricerca di nuove stimolazioni e emozioni per non sentirsi "morti dentro".

Conclusioni

Alla luce delle osservazioni sopra riportate, si può sottolineare una duplice significatività operativa di questo contributo.

In primo luogo, il riconoscimento di una inclinazione alla noia può rappresentare un elemento di diagnosi differenziale fra episodi depressivi unipolari e bipolari; in altri termini, il riscontro di una spiccata predisposizione di tratto e non di stato a provare noia sembra essere una caratteristica del DB. Per impostare un corretto trattamento, il clinico che si trova di fronte ad un soggetto depresso con tali tratti di personalità dovrebbe prestare ancora più attenzione a tutti gli altri possibili aspetti, longitudinali e trasversali, indicativi di un disturbo dell'umore di tipo bipolare.

In secondo luogo, potrebbe essere opportuno tracciare un modello di intervento psicoterapico maggiormente organizzato e finalizzato all'inquadramento e al trattamento sistematico della noia. Risulta raro o probabilmente impossibile che il paziente decida di intraprendere una psicoterapia perché "si annoia"; solitamente la richiesta al terapeuta riguarda la riduzione della sofferenza psicologica derivante da emozioni quali la tristezza, l'ansia, la rabbia, le difficoltà interpersonali e via dicendo. Eppure, nonostante questo dato, se si indaga in modo approfondito, è possibile trovarsi a dover gestire, con discreta frequenza e in alcune tipologie di pazienti, lo stato affettivo della noia. Il terapeuta potrebbe affrontare questo tipo di emozione in seconda battuta, solo dopo aver dato attenzione e quindi lavorato sulla problematica psicologica che il paziente vorrebbe modificare. L'utilità di un intervento comunque tempestivo e mirato alla gestione della noia potrebbe essere giustificato dalla funzione che questa emozione svolge nell'attivare ulteriori comportamenti spesso molto costosi. L'aspetto "nocivo" della noia risiede negli output comportamentali, nelle conseguenze e nelle ripercussioni che impattano nell'assetto cognitivo ma anche nelle condotte dell'individuo.

Questo lavoro può essere considerato uno dei primi studi in cui si sia cercato di indagare la relazione fra noia e patologie affettive. La presenza di elevati livelli di comorbidità sia con l'Asse I che con l'Asse II non ci ha permesso, entro un campione di numerosità così esigua, di andare a valutare l'influenza di questa variabile sui risultati ottenuti. Un altro limite dello studio può essere rappresentato dall'utilizzo della versione dicotomica della SIN, quando la modalità di risposta in scala likert sembra accrescere la sensibilità dello strumento (McLeod e Vodanovich 1991, Rupp e Vodanovich 1997, Vodanovich e Kass 1990).

Nonostante i limiti, questo studio pilota rappresenta un punto di partenza: ciò che ci proponiamo di fare è implementare il campione per dare corpo ai risultati ottenuti e, una volta raggiunta una maggiore numerosità campionaria, valutare l'influenza della comorbidità di Asse I e II. Inoltre, sarà di interesse confrontare l'inclinazione alla noia in soggetti con diagnosi diverse (ad esempio: disturbi d'ansia).

Ringraziamenti

Gli autori sono estremamente grati ai colleghi Chiara Braschi, Claudia Carmassi, Sara Di Biase, Filippo Nicola Frassi, Paolo Iazzetta, Stefania Iazzetta, Giovanni Marcacci, Maria Sole Montagnani, Lavinia Rossi e Morena Spinello per il prezioso aiuto fornito nella raccolta dei dati e nella discussione degli stessi.

Bibliografia

- Bizzarri JV, Sbrana A, Rucci P, Ravani L, Massei GJ, Gonnelli C, Spagnolli S, Doria MR, Raimondi F, Endicott J, Dell'Osso L, Cassano GB (2007). The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disorder* 9, 3, 213-20.
- Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodman R, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H (2003). Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *The British Journal of Psychiatry* 182, 509-17.
- Buss AH, Perry M (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 63, 452-459.
- Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, Miniati M, Fagiolini A, Shear K, Pini S, Maser J (1999). The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *Journal of Affective Disorders* 54, 3, 319-28.
- Ciandella S, Messano ME, Rebecchi D (2004). La noia. In Apparigliato M, Lissandron S (Ed) *Emozioni consuete e inconsuete in psicoterapia cognitiva*, pp. 217-225. Deleyva, Psicoterapia: clinica e ricerca.
- DeChenne TK, Moody AJ (1988). Boredom: Theory and Therapy. *The Psychotherapy Patient* 3, 17-29.
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science* 19, 1, 1-15
- Dimaggio G, Semerari A (a cura di) (2003). *I disturbi di Personalità. Modelli e Trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza, Roma.
- Farmer R, Sundberg ND (1986). Boredom proneness: The development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment* 50, 1, 4-17.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Versione Clinica (CV)*. Tr. it. Organizzazioni Speciali, Firenze 2000.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Tr. it Organizzazioni Speciali, Firenze 2003.
- Gana K, Deletang B, Metais L (2000). Is Boredom Proneness associated with introspectiveness? *Social Behavior and Personality: an international journal* 28, 5, 499-504.
- Gerber AJ, Posner J, Gorman D (2008). An Affective Circumplex Model of Neural Systems Subserving Valence, Arousal & Cognitive Overlay During the Appraisal of Emotional Faces. *Neuropsychologia* 46, 8, 2129-2139.
- Gordon A, Wilkinson R, McGown A, Jovanoska S (1997). The psychometric properties of Boredom Proneness Scale: An examination of its validity. *Psychological Studies* 42, 85-97.
- Hamilton JA (1981). Attention, personality and the self-regulation of mood: absorbing interest and boredom. *Progress in Experimental Personality Research* 10, 281-315.
- Hamilton M (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 6, 278.
- Hartocollis P (1980). Affective disturbance in borderline and narcissistic patients. *Bulletin of the Menninger Clinic* 44, 2, 135-46.

- Hill AB, Perkins RE (1985). Toward a model of Boredom. *British Journal of Psychology* 127, 25-240.
- James A, Berelowitz M, Vereker M (1996). Borderline personality disorder: study in adolescence. *European Child & Adolescence Psychiatry* 5, 1, 11-7.
- Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knight EL (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *American Journal of Orthopsychiatry* 74, 3, 365-75.
- Lorenzini R, Sassaroli S (2000). *La mente prigioniera. Strategie di terapia cognitiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Maggini C (2000). Psychobiology of Boredom. *CNS SPECTRUM* 5, 8.
- Maggini C, Dalle Luche R (1987), Per una psicopatologia della noia. Alcuni richiami storici alle relazioni tra noia e melanconia. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 111, 1119-1139.
- Mancini F (1992). La finalità della psicoterapia cognitiva. *Psicobiiettivo* 1.
- McLeod CR, Vodanovich SJ (1991). The relationship between self- actualization and boredom proneness. *Journal of Social Behavior and Personality* 6, 137-146.
- Musetti L, Perugi G, Soriani A, Cassano GB (2002). Episodio Maniacale. In *Trattato Italiano di Psichiatria*, Seconda Edizione-Edizione elettronica. Masson, Milano 2002.
- Newberry AL, Duncan RD (2001). Roles of boredom and life goals in juvenile delinquency. *Journal of Applied Social Psychology* 31, 3, 527-541.
- Rogers JH, Widiger TA, Krupp A (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 152, 2, 268-70.
- Rupp DE, Vodanovich SJ (1997). The role of boredom proneness in self-reported anger and aggression. *Journal of Social Behavior and Personality* 12, 925-936.
- Seib HM, Vodanovich SJ (1998). Boredom proneness and psychosocial development. *Journal of Psychology* 132, 642-652.
- Sobell MB, Sobell LC, Samuel FH (1974). Validity of self-reports of alcohol-related arrests by alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 35, 1, 276-80.
- Sommers J, Vodanovich SJ (2000). Boredom proneness: its relationship to psychological- and physical-health symptoms. *Journal of Clinical Psychology* 56, 1, 149-55.
- SPSS, versione 16.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).
- Todman MW (2003). Boredom and Psychotic Disorders: Cognitive and Motivational Issues. *Psychiatry* 66, 2.
- Tolor A (1989). Boredom as related to alienation, assertiveness, internal-external expectancy, and sleep patterns. *Journal of Clinical Psychology* 45, 2, 260-265.
- Vodanovich SJ, Kass SJ (1990). A factor analytic study of the Boredom Proneness Scale. *Journal of Personality Assessment* 55, 115-123.
- Vodanovich SJ, Wallace JC, Kass SJ (2005). A Confirmatory Approach to the Factor Structure of the Boredom Proneness Scale: Evidence for a Two-Factor Short Form. *Journal of Personality Assessment* 85, 3, 295-303.
- von Gemmingen MJ, Sullivan BF, Pomerantz AM (2003). Investigating the relationships between boredom proneness, paranoia, and self-consciousness. *Personality and Individual Differences* 34, 907-919.
- Watt JD (1991). Effect of boredom proneness on time perception. *Psychological Reports* 69, 1, 323-7.
- Wink P, Donahue K (1997). The relation between two types of narcissism and boredom. *Journal of Research in Personality* 31, 136-140.
- Young RC, Biggs JT (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry* 133, 429.
- Zuckerman M (1971). Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36, 45-52.
- Zuckerman M (1977). Development of situation specific trait-state test for the prediction and measurement of affective responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, 513-523.
- Zuckerman M (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New York.